Rok XLIII. Kraków 2 Lipca 1904. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej.

Podali

Dr. Tadeusz Żeleński i **Dr. Teodor Cybulski**

asystent kliniki. demonstrator kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego przez Dra Tadeusza Żeleńskiego w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem w dniu 11 maja 1904).

Przystępując do histologicznych badań krwi dziecięcej, musimy uwzględnić pewne jej odrębne właściwości, będące powodem, iż obrazy krwi, spotykane w różnych stanach chorobowych u dzieci, różnią się dość znacznie od takichże obrazów u osób dorosłych. Przyczyna tej różnicy leży przedewszystkiem we właściwej wiekowi dziecięcemu ogromnej żywotności narządów krwiotwórczych, wyrażającej się oddziaływaniem mniej lub więcej nasilonem prawie na wszystkie czynniki chorobowe, działające szkodliwie na ustrój dziecięcy. Zdolność ta do oddziaływania uwidocznia się nierzadko w obrzęku śledziony i wątroby, zjawisku tak pospolitem u dzieci w różnych dłużej trwających stanach chorobowych; dalej w leukocytozie, również bardzo częstej w pierwszych latach życia; jednakże dopiero histologiczne badania barwionych preparatów pozwalają nam bliżej wglądnąć w szczegóły tych dość zawiłych stosunków.

Systematycznie prowadzone badania takie przekonywują nas, że stosunek liczebny poszczególnych rodzajów ciałek białych ulega w różnych stanach chorobowych mniej lub więcej znacznym zmianom i może odbiegać bardzo daleko od liczb, ustalonych dla każdego wieku dziecka przez Carstanjena, Gundobina, Karnickiego i innych. Jednakże nietylko prawidłowy stosunek liczebny pomiędzy poszczególnymi rodzajami ciałek może uledz przeobrażeniu, lecz i granica, dzieląca od siebie te rodzaje, może być w pewnych warunkach nieco zatarta tak, że postacie, które we krwi osób dorosłych bardzo wyraźnie i ostro są od siebie oddzielone, u dziecka w wielu stanach patologicznych mogą wykazywać liczne przejścia między sobą i cały szereg stopniowych odcieni. Takie postacie, stojące niejako na granicy pomiędzy dwoma typami ciałek białych, spotykamy przedewszystkiem w tak zw. grupie szpikowo-śledzionowej (*splenomyelogene Gruppe*). Pojawianie się ich we krwi jest wyrazem pewnego zaburzenia w prawidłowem przeobrażeniu ciałek białych tej grupy, przeobrażeniu, którego ostatni okres rozwoju stanowi wielojądrzasta komórka neutrofilna. Wreszcie — i do tego punktu odnoszą się właśnie nasze badania — we krwi dziecka mogą w pewnych warunkach występować postacie, które uważane są wogóle bezwarunkowo za patologiczne i których obecności we krwi dorosłych przypisujemy ważne znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne.

Wszystkie te okoliczności są powodem, że obrazy histologiczne, jakie we krwi chorych dzieci spotykamy, mogą być bardzo zmienne i różnorodne i że właściwe ich rozpoznanie i ocenienie wymaga pewnego w tym kierunku nabytego doświadczenia. Bardzo duże znaczenie ma pod tym względem wiek dziecka: im dziecko młodsze, tem bardziej pobudliwe i skłonne do odczynu są jego narządy krwiotwórcze i tem nieznaczniejsze przyczyny wystarczą, aby prawidłowe przeobrażenie, powoli postępujące od typu krwi płodu do typu krwi osobnika dojrzałego, zakłócić i opóźnić. Stąd skłonność ta do wszystkich powyżej wzmiankowanych odchyleń od obrazu krwi prawidłowego, najczęściej i najwybitniej występować będzie u dzieci urodzonych przedwcześnie i u wątłych noworodków; wraz z postępującym wiekiem dziecka odrębne te własności krwi dziecka stopniowo się zacierają, aż wreszcie u dzieci starszych obrazy krwi prawie się nie różnią od typu, właściwego dla dorosłych.

Dokładniejsze poznanie tych odrębnych właściwości krwi niemowlęcej jest zdobyczą dopiero ostatnich lat; w miarę rozszerzania się wiadomości w tym kierunku poglądy nasze na wartość różniczkowo-rozpoznawczą niektórych składników postaciowych krwi dziecięcej uległy znacznym przeobrażeniom. W każdym razie sprawa racyonalnego podziału chorób krwi wieku niemowlęcego stanowi dziś jeszcze jeden z ciemniejszych i bardziej zawiłych rozdziałów patologii chorób dziecięcych.

Już dawniejszym klinicystom znany był obraz chorobowy, dość często spotykany w wieku niemowlęcym, a polegający na skojarzeniu znacznego stopnia niedokrewności z wybitnem obrzmieniem śledziony [1]). Obraz ten spotykamy niekiedy u dzieci, pochodzących z rodziców zakażonych przymiotem; czasem zjawia się po przebyciu jakiejś długotrwałej wyniszczającej choroby lub też towarzyszy ciężkim postaciom krzywicy; niekiedy jednak cierpienie występuje zupełnie samoistnie, bez możności wykazania jakiejkolwiek przyczyny. Wszystkie te sprawy chorobowe obejmowano wspólną nazwą *anaemia splenica*. Dzięki ogłoszonym w roku 1889 i 1890 badaniom Jakscha sprawa została pchniętą na nowe tory; Jaksch, a prawie równocześnie z nim Hayem i Luzet we Francyi, stwierdzili, że wyżej wymienionemu obrazowi klinicznemu odpowiada w wielu przypadkach pewien właściwy obraz hematologiczny i pewne

[1]) Ustęp poświęcony poglądom, dotyczącym podziału niedokrewności wieku niemowlęcego, wyjęty jest w streszczeniu z poprzedniej pracy jednego z autorów (Żeleński: „O niedokrewności wieku niemowlęcego z obrzmieniem śledziony“. Medycyna, 1904. Nr. 8 i 9)

znamienne zmiany w składnikach postaciowych krwi, mianowicie: zmniejszenie liczby ciałek czerwonych, mierna leukocytoza i pojawianie się znacznej liczby ciałek czerwonych z jądrami, zwłaszcza postaci dużych, zawierających duże blade jądra, t. zw. megaloblastów. Jaksch starał się ująć obraz kliniczny choroby wraz z wymienionym obrazem hematologicznym w jednę całość i nadał nowo wyosobnionej przez siebie jednostce chorobowej nazwę „*anaemia infantilis pseudoleukaemica*". Prace Jakscha pobudziły wielu autorów do badań w tym kierunku i stały się powodem żywego ruchu na polu hematologii dziecięcej tak, że przez pewien czas *anaemia infantilis pseudoleukaemica* staje się według wyrażenia Loosa das „Schoosskind der Hämatologie". Nowo stworzona w ten sposób jednostka chorobowa zajmuje niejako pośrednie miejsce pomiędzy zwykłą niedokrewnością wieku niemowlęcego, tak często kojarzącą się z obrzmieniem śledziony, a rzeczywistą białaczką, bardzo rzadką w wieku niemowlęcym. Stąd nazwa *anaemia pseudoleukaemica;* nazwa, jak to podnosi Geissler i Japha, o tyle może niezbyt szczęśliwie dobrana, że przymiotnikiem tym przywykliśmy określać sprawy chorobowe narządów krwiotwórczych, w których to sprawach badanie krwi daje wynik zupełnie ujemny, co tutaj bynajmniej niema miejsca.

Zaznaczyć należy, że nie wszyscy autorowie przyznają obrazowi, wyosobnionemu przez Jakscha, znaczenie samoistnej jednostki chorobowej i że nowy ten podział, oparty głównie na obrazie hematologicznym, spotkał niebawem wielu przeciwników. Fischl uważa podział ten za sztuczny, łączący w jedną grupę chorobową różne pod względem klinicznym i etyologicznym postacie, a rozrywający natomiast sztuczną granicą stany chorobowe zupełnie pokrewne, różniące się od siebie tylko stopniem zmian chorobowych, lub okresem, w jakim choroba się znajduje. Zdaniem Fischla zawcześnie na wprowadzanie ścisłej klasyfikacyi do grupy chorobowej, której istota przedstawia nam do dziś dnia zbyt wiele stron ciemnych. Na razie winniśmy poprzestać na ogólnym kliniczno-etyologicznym podziale, nie przypisując mu jednak ostatecznego znaczenia.

Wbrew tym sceptycznym poglądom Fischla pojawiła się w ostatnim czasie w piśmiennictwie francuskiem nowa próba podziału niedokrewności wieku niemowlęcego, oparta mianowicie na obecności we krwi ciałek szpiku kostnego, czyli tak zw. myelocytów.

Pierwsze doniesienia Jakscha, jak również doniesienia innych autorów, które się pod wpływem prac Jakscha posypały, stwierdzając w niedokrewności wieku niemowlęcego powiększenie ogólnej liczby ciałek białych, niewiele zwracają uwagi na ich poszczególne odmiany. Gdzieniegdzie znajdujemy wzmianki o zwiększonem pojawianiu się tych lub owych postaci; jak wspomnieliśmy, prawidłowe stosunki składników krwi dziecięcej i ich większe, niż we krwi dorosłego człowieka, wahania nie były wówczas dostatecznie znane: stąd niejeden obraz, uważany poprzednio za patologiczny i znamienny dla danego typu chorobowego, później tracił zupełnie na znaczeniu. Jednakże już wówczas wielu autorów wspomina o obecności ciałek szpikowych w obrazach krwi w przebiegu niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony, nie kładąc zresztą na tę ich obecność szczególnego nacisku. W ostatnim czasie autorowie francuscy Weil i Clerc starają się obecność myelocytów uczynić znamienną cechą jednostki chorobowej, której dają nazwę „*Splenomégalie chronique avec anémie et myelémie*" i przeprowadzają ciekawe analogie pomiędzy tem cierpieniem, a pokrewnym obrazem chorobowym u dorosłych.

Typ chorobowy, o którym mowa, zbadany jest dotąd u osób dorosłych bardzo niedostatecznie. Weil i Clerc pierwsi starają się ująć w jakąś całość 12 spostrzeżeń, rozsypanych w piśmiennictwie ostatnich lat pod rozmaitemi nazwami i probują je wyosobnić jako samoistną jednostkę chorobową. Przypadki te dotyczą osobników w wieku od lat 10 do 65. Przyczyna choroby zupełnie ciemna. Główne objawy: bladość powłok, obrzmienie śledziony, nieraz krwotoki nosowe lub drobne wybroczyny na siatkówce. Krew przedstawia obraz ciężkiej niedokrewności z nieznaczną leukocytozą (przeciętnie 12—15 tys. ciałek białych w 1 mm.^{3}). Dość znaczna liczba ciałek czerwonych z jądrami (20—600 w 1 mm.^{3}; w jednym przypadku 1200); obecność megaloblastów i figur karyokinetycznych. Stała obecność myelocytów w rozmaitej liczbie; w niektórych przypadkach liczba ta wynosi 1·5%, w kilku 4—15%, w jednym 29·2%. Choroba trwa od kilku do kilkunastu miesięcy. Z 12 przypadków 9 zakończyło się śmiercią, jeden polepszeniem, 2 znikły z oczu. Badanie zwłok, dokonane w 3 przypadkach, wykazało zwyrodnienie myeloidowe szpiku kostnego i śledziony.

Z tymi 12 przypadkami zestawiają Weil i Clerc dwa przypadki, dotyczące niemowląt w 14 i 9 miesiącu życia. Oba te przypadki (z których jeden zakończony śmiercią, a drugiego dalszy przebieg nieznany) przedstawiają klinicznie typ ciężkiej postaci niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony i zawierają w obrazie krwi obok ciałek czerwonych z jądrami dość znaczny odsetek myelocytów. Weil i Clerc dowodą identyczności tych przypadków z opisanem powyżej cierpieniem osób dorosłych i pragną połączyć je we wspólną grupę „*splenomegalie chronique avec anémie et myelémie*", zachowując jako poddziały postać choroby dziecięcą i postać, spotykaną u dorosłych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II Z zakładu sądowo-lekarskiego Uniw. Jag.

O zachowaniu się krwi w zwłokach utopionych.

Przez

L. Wachholza i S. Horoszkiewicza.

(Dokończenie.)

Sprzeczność zdań autorów co do zachowania się krwi w zwłokach utopionych skłoniła nas do odnośnych badań, których dokonaliśmy na licznych zwierzętach t. j. psach, kotach i królikach, użytych przez nas wogóle do zbadania zjawisk, łączących się ze śmiercią wskutek utonięcia.

Ogółem zbadaliśmy zachowanie się krwi u 57 zwierząt utopionych, z tych u 49 zbadano krew zaraz po śmierci, t. j. w czasie od 10 minut do 1 godziny od chwili stwierdzenia śmierci, zaś u pozostałych 8 zwierząt w 24 godzin, 4 doby i 11 dni po śmierci. Zwierzęta, których krew zbadano po upływie doby od chwili śmierci, utopiono w zimnej wodzie i bez poprzedniej narkozy. Z 49 zwierząt, których krew badano wkrótce po śmierci, utopiono 26 w zimnej,

a 10 w ciepłej wodzie, zaś 13 w zimnej wodzie po poprzedniej narkozie. Przy sekcyi zwracano uwagę na zachowanie się krwi w żyłach szyjnych, w żyłach klatki piersiowej i w obu połowach serca. Ogółem stwierdzono w żyłach stale krew płynną z wyjątkiem 2 zwierząt, badanych po 4 i 11 dniach od śmierci, w sercu zaś w 16 przypadkach skrzepy, w 41 przypadkach krew płynną, najczęściej notowaną w protokołach doświadczeń jako „wodopłynną“. Tak więc częstość ogólna pojawiania się skrzepów krwi w sercu (przeważnie w lewej jego połowie) zwierząt, użytych w naszych doświadczeniach, wynosiła ogółem 28%. Skrzepy znalezione w sercu były zawsze nieliczne, miękkie, wiotkie, a obok nich mieściła się jeszcze mniej lub więcej obfita krew płynna. Zarazem zauważyliśmy, że krew, najpierw wydostająca się z lewej komory serca zwierząt, poddanych sekcyi zawierała wkrótce po śmierci skrzepy, gdy dalsza jej część, wypływająca potem z przedsionka i żył płucnych, była już zawsze wodopłynną i mniej lub więcej zlakowaną. Białe ciałka, zawarte w krwi zwierząt utopionych w wodzie, zabarwionej silnie błękitem metylenu a poddanych sekcyi zaraz po śmierci, posiadały jądra niebiesko zabarwione. Na szczegół ten zwrócił był uwagę H. K. W. Schmidt (16). Skrzepów białych, włóknikowych, wplecionych między beleczki mięsne ściany serca nie znaleziono ani w jednym przypadku. Z 8 przypadków, poddanych sekcyi w 24 godzin i później po śmierci, krew była w sercu 3 zwierząt po 24 godzinach przeważnie zagęszczoną i wiotko skrzepniętą; jeszcze więcej zagęszczoną i skrzepniętą u dwóch kotów po upływie 4 i 11 dni (u tego ostatniego mimo wyraźnej, lecz jeszcze nie daleko posuniętej zgnilizny), wreszcie u pozostałych 3 zwierząt po 24 godzinach płynną. Tak więc krew w sercu była skrzepniętą w 62% przypadków sekcyi po upływie 24 i więcej godzin od chwili śmierci.

Z 49 zwierząt, poddanych sekcyi zaraz po śmierci wskutek utonięcia, 11 (22·4%) posiadało wiotkie skrzepy w sercu, reszta zaś krew wszędzie płynną. Z tych utopiono, jak to już zaznaczyliśmy, 26 w zimnej, 13 w zimnej wodzie po narkozie, a 10 w ciepłej (37° C.) wodzie. Z 26 utopionych w zimnej wodzie posiadało 7 (26·9%) wiotkie skrzepy w sercu, z 13 utopionych w zimnej wodzie po narkozie zawierało 2 (20%) skrzepy w sercu, z 10 utopionych w ciepłej wodzie posiadało również 2 (20%) skrzepy w sercu. Ponieważ we wszystkich tych przypadkach brano krew z lewej połowy serca do badania kryoskopowego, przeto wypuszczano ją zawsze do kolbki i tu ją odwłókniano przez wstrząsanie z dodanemi perłami szklanemi, poczem krew centryfugowano. Otóż zauważono przytem, że w osadzie zostawała przeważnie bardzo nieznaczna ilość włóknika, względnie skrzepów, a to nawet i w tym razie, gdy krew po otwarciu komórki lewej zawierała wiotkie skrzepy.

Freund, a po nim Haycraft i Carlier (17) wykazali, że krew wypuszczona z naczynia krwionośnego przez zatłuszczoną kaniulę do naczyń, powleczonych waseliną lub zawierających oliwę, nie krzepnie i pozostaje płynną nawet wówczas, gdy się ją kłóci zapomocą tłuszczem powleczonego pręcika. Z tych doświadczeń wynika, że jeżeli się zniesie możność przyczepności między krwią, względnie jej składnikami morfotycznymi a ciałami obcemi, n. p. naczyniem szklanem, do którego się krew wypuszcza, wtedy ona nie krzepnie. Z drugiej znów strony wykazał Strassmann (18), że jeżeli się do krwi płynnej, wziętej ze zwłok przeciętnie po upływie 24 godzin od śmierci i nie krzepnącej samoistnie, doda przesięku osierdziowego (*liquor pericardii*), wówczas tworzy ona galaretowate wiotkie skrzepy.

Ażeby zatem w doświadczeniach naszych wykluczyć wpływ możliwej przyczepności między krwią a nożem, przecinającym komorę, względnie wpływ przesięku osierdziowego, dobywaliśmy krew z wyjątkiem pierwszych 5, zatem w 44 zwłokach zwierząt w ten sposób z ich serca, że po otwarciu worka osierdziowego opłókiwaliśmy powierzchnię serca dokładnie wodą przekroploną, potem osuszaliśmy ją watą, wreszcie rozcinaliśmy serce zapomocą noża czystego, powleczonego waseliną. Z 5 zwierząt, którym serce otwierano bez wymienionych ostrożności, 3 zatem 60% posiadało wiotkie skrzepy, zaś z 44 zwierząt, którym serce opłókano wodą i otwarto je zapomocą noża zatłuszczonego, 8 zatem 18%, posiadało skrzepy krwi. Już ten wynik dowodził, że można zapobiedz krzepnięciu krwi płynnej w sercu zwierząt utopionych, jeżeli się zniesie wpływ przesięku osierdziowego i przyczepności między krwią w sercu a przecinającym je nożem. Jeżeli zaś mimo tych ostrożności zanotowano u 8 zwierząt obecność skrzepów krwi w sercu, to możnaby ich powstanie tem tłómaczyć, że po przecięciu serca nieraz rozchylano przecięte jego ściany rękami, które nie były powleczone tłuszczem. Zarazem musimy zaznaczyć, że często w oczach naszych tworzyły się po rozcięciu serca wiotkie skrzepy z krwi, która w pierwszej chwili była całkiem płynną. Już jeden z nas (Wachholz) w dawniejszej swej pracy podniósł, że płynna krew, wydobyta w 10 minut po śmierci ze serca zwierząt mechanicznie uduszonych lub utopionych krzepnie w naczyniu szklanem, tworząc dosyć zbite, ciemne skrzepy, że zatem zachowuje się jak krew, wypuszczona z naczynia krwionośnego za życia. Carrara (19) zaś wykazał przed dwoma laty, że krew zwierzęcia duszonego krzepnie poza ustrojem prędzej i łatwiej, niż krew prawidłowa i to tem prędzej, im szybciej nastąpiło uduszenie. Uwzględniając tedy tę zdaniem Carrary zwiększoną krzepliwość krwi uduszonych i chcąc wykluczyć wszelką możliwość zetknięcia się krwi z ciałami obcemi i przyczepność jej do nich, podjęliśmy niezależnie od poprzednich na 3 psach następujące doświadczenia: psy utopiono w ten sposób, że wdychały wodę ze zbiornika przez połączoną z niem kaniulę tchawiczną. Zaraz (w 15 minut) po śmierci umieszczono w wstępującej części ich tętnicy głównej kaniulę szklaną o gładkich krawędziach, dobrze powleczoną oliwą. Kaniula ta łączyła się zapomocą rurki gumowej z rurką szklaną dwuramiennej flaszki Wulfa, której drugie ramię łączyło się znowu z wodną pompą ssącą. Rurka gumowa, rurka szklana, flaszka Wulfa, oraz ściany tej ostatniej były również dobrze powleczone oliwą, nadto zaś na dnie flaszki znajdowała się mała ilość oliwy. W miarę działania pompy ssącej zbierała się we flaszce Wulfa ciemna i płynna krew. Gdy już krew przestała napływać do flaszki, usuwano ją i otwierano lewą połowę serca, które zawierało jeszcze skąpą ilość krwi płynnej. Krew wydobyta do flaszki była zmieszana z oliwą i zdaje się dlatego tworzyła po przelaniu jej do czarek porcelanowych tylko skąpe i drobne skrzepy. Krew tę przechowano w lodowni i badano jej krzepliwość po 24, 48 i 72 godzinach w ten sposób, że wlewano próbki jej do czarek porcelanowych i kłócono je patyczkiem dre-

wnianym. Nie krzepła ona przytem wcale, a nawet i wtedy, gdy po 72 godzinach dodano do niej w myśl doświadczeń Corina (20) fermentu włóknikowego, przygotowanego metodą Al. Schmidta, a nawet gdy dodano do niej także płynu osierdziowego, zawierającego, jak wiadomo, substancyę włóknikorodną (fibrinogen). W tych zatem doświadczeniach chyba domięszana do krwi oliwa uniemożliwiła jej skrzepnięcie nawet po dodaniu fermentu włóknikowego i fibrynogenu, których brakowi przypisują Corin i Strassmann niezdolność do samoistnego skrzepnięcia krwi płynnej, wziętej ze zwłok po upływie 24, względnie 48 godzin od chwili śmierci.

Wyniki powyższych naszych doświadczeń zgodne są z wynikami doświadczeń, które w odmiennym celu podjęli Carrara (21) i Stoenescu (22). I tak bowiem Carrara stwierdził w sercu 7 psów z 12 sekcyonowanych zaraz po śmierci wskutek uduszenia obecność wiotkich skrzepów obok krwi płynnej, u reszty zaś wyłącznie tylko krew płynną, Stoenescu natomiast stwierdził w sercu 2 psów na 4, poddane sekcyi w $^1/_2$—2 godzin po śmierci wskutek utopienia, obecność skąpych i wiotkich skrzepów, wreszcie zaś krew wybitnie płynną. W doświadczeniach Carrary znajdywały się zatem skrzepy w sercu w 58% przypadków, w doświadczeniach Stoenescu w 50% przypadków. Carrara nie zachowywał przy dobywaniu krwi z serca żadnych ostrożności, zaś Stoenescu okrywał serce przed jego przecięciem i wypuszczeniem krwi kompresami, wskutek czego płyn osierdziowy nie mógł się z krwią zetknąć. Zestawienie odsetkowe liczby przypadków Stoenescu (50%), a zwłaszcza Carrary (58%), w których znajdowali wkrótce po śmierci wiotkie skrzepy krwi w sercu, z liczbą odsetkową takich samych wyników z 5 naszych doświadczeń, przy których serce przekrawano bez poprzedniego opłókiwania jego powierzchni i niezatłuszczonym nożem, liczbą, wynoszącą 60% przypadków, wykazuje dowodnie wyraźną zgodność wyników doświadczeń naszych a Carrary i Stoenescu.

Wpływ ilości wody wetchniętej przez zwierzęta utopione na zachowanie się ich krwi wkrótce po śmierci dał się stwierdzić w naszych doświadczeniach, lecz nie w tym stopniu, jakby to można było przypuścić. I tak wynosiła przeciętna ilość wody, wetchnięta do płuc przez 11 zwierząt, w których sercu stwierdzono zaraz po śmierci wiotkie skrzepy, w stosunku do 1 kg. żywej wagi 45·6 sz. ctm., gdy ta sama ilość wody u 39 zwierzat, których krew w sercu była zaraz po śmierci płynna, wynosiła 63·4 sz. ctm. Mimo to jednak znajdowano skrzepy w sercu zwierząt, które wetchnęły do płuc na 1 kg. swej wagi n. p. 74·7 i 78·3 sz. ctm. wody, natomiast zaś notowano krew jako wodopłynną u zwierząt, które wetchnęły do płuc na 1 kg swej wagi tylko n. p. 24 sz. ctm. wody.

Na podstawie powyższych naszych doświadczeń, oraz dotychczasowych spostrzeżeń, dokonanych przy sekcyi zwłok osób utopionych (zarazem i zmarłych wskutek uduszenia względnie zmarłych śmiercią nagłą), dochodzimy do następujących wniosków:

1) W przypadkach śmierci wskutek utopienia (także wogóle w przypadkach śmierci nagłej) pozostaje krew w sercu i w naczyniach żylnych płynną, a nieraz niezwykle wodopłynną, chociaż niekiedy może być skrzepniętą, a to zwłaszcza gdy przed śmiercią wskutek utonięcia istniały stany chorobowe, zwiększające znacznie krzepliwość krwi (Paltauf).

2) Krew płynna, wypuszczona wkrótce po śmierci ze serca i żył utopionych, okazuje skłonność do krzepnięcia, zwłaszcza zaś ta część jej, która przy przecięciu serca (lewej komory) najpierw wypływa.

3) Jeżeli się wydobywa krew z serca (lewej komory) utopionych z należytą ostrożnością, t. j. po poprzedniem opłókaniu jego powierzchni z płynu osierdziowego i osuszeniu jej, przecinając serce zapomocą noża i rąk tłuszczem powleczonych, oraz jeżeli krew tę zbiera się w naczyniu szklanem, powleczonem tłuszczem, wówczas pozostaje ona conajmniej w przeważnej liczbie przypadków płynną. W tym względzie wyniki naszych doświadczeń potwierdzają w zupełności wyniki badań Freunda, Haycrafta i Carliera. Jeżeli zaś Brouardel i Loye, a w ostatnim czasie Sarda, stwierdzali w sercu utopionych i uduszonych (Sarda), poddanych sekcyi wkrótce po śmierci, obecność skrzepów, to skrzepy te tworzyły się dzięki utrzymanej jeszcze zaraz po śmierci krzepliwości krwi wskutek zetknięcia się jej z ciałami obcemi o niegładkiej powierzchni, wobec czego między temi ciałami a krwią istniała silna przyczepność, umożliwiająca zmianę w jej stanie skupienia.

4) Niema najmniejszej podstawy do przyjęcia procesu dekoagulacyi krwi, czyli rozpuszczenia się skrzepów, albowiem, pomijając już stwierdzoną zaraz po śmierci płynność krwi u zwierząt utopionych, dekoagulacya mogłaby nastąpić u nich tylko wskutek daleko posuniętego gnicia (przyczem wedle Falka włóknik przeobraża się w globuliny), tymczasem uczy doświadczenie, że w całkiem świeżych zwłokach osobników utopionych krew w sercu niemal z reguły pozostaje płynną, a nie skrzepniętą, jak w przypadkach śmierci powolnej, poprzedzonej dłuższem konaniem.

5) Na utrzymanie stanu płynnego krwi utopionych wpływa korzystnie woda, która wetchnięta przy tonięciu do płuc, przedostała się do krwi i ją rozcieńczyła, a nawet zlakowała; jednak samo zmieszanie się wody z krwią nie stanowi głównej, lecz tylko podrzędną przyczynę jej płynności.

6) Ciepłota wody, w szczególności ogrzanie do 37° C., wody w której następuje utonięcie, wreszcie uśpienie zapomocą chloroformu lub eteru osobnika tuż przed jego utonięciem, nie wywierają żadnego wpływu na zachowanie się stanu skupienia krwi po śmierci.

7) Krew płynna zwłok wogóle traci w miarę upływu czasu od chwili śmierci swą zdolność krzepnięcia. Mimo to jednak ulega ona z czasem zagęszczeniu wskutek utraty swych płynnych części w drodze pośmiertnego przenikania (dyfuzyi). Zagęszczona zaś w ten sposób krew może sprawiać wrażenie krwi wiotko skrzepniętej.

8) Krew płynna w sercu zwłok, która po wydobyciu jej wkrótce po śmierci krzepnie w zetknięciu z ciałami obcemi dzięki zachowanej jeszcze swej krzepliwości, nie skrzepnie wcale przy tem samem zetknięciu się, jeźli ono nastąpi po upływie dłuższego (24—48 godzin — Strassmann, Corin) czasu od chwili śmierci. Przyczyna tego zachowania się krwi, jak i przyczyna samego krzepnięcia, nie jest jeszcze wyjaśnioną.

Piśmiennictwo. 1) Kanzler: Der Tod durch Ertrinken. Vierteljschr. f. ger. Med. 1852. T. 2. str. 238. — 2) Medicine légale. Paris 1840. T. 2. str. 413. — 3) Traité de la méd. lég. Paris 1896. str. 756. — 4) Maschka: Handb. d. ger. Med. Tübingen 1881. T. 1. — 5) Üb. d. Tod durch Ertrinken. Wien. Leipzig 1888. str. 33. — 6) Ad 4). — 7) Lehrb. d. ger. Med. Stuttgart 1895. str. 285. — 8) Annal. d' hyg. publ. 1880. str. 452. — 9) Thèse. Paris 1884. — 10) Boston med. Journ. 1895. str. 409—437. — 11) Arch. de physiol. norm. et pathol. 1889 i La pendaison itd. Paris 1897. str. 462 i n. — 12) Arch. de physiol. norm. itd. 1891. str. 599. — 13) Ad 7) str. 282. — 14) Vierteljsch. f. ger. Med. 1902. T. 23. — 15) Annal. d' hyg. publ. 1902. Nr. 6 i 1903. Nr. 2. — 16) Ärztl. Sachverständigen-Zeitung. 1904. Nr. 1. — 17) Hammarsten: Lehrb. d. physiol. Chemie. Wiesbaden 1899. str. 162. — 18) Ad 7) str. 224. — 19) Giornale di med. leg. 1902. Nr. 5. — 20) Vierteljschr. f. ger. Med. 1893. T. 5. str. 234. — 21) Ad 19). — 22) Annal. d' hyg. publ. 1903. str. 32—47.

III. Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr. Walter Stoeckel. **Die Cystoskopie des Gynäkologen.** (Leipzig-Verlag Breitkopf & Härtel 1904. Str. 320).

Praca ta dzieli się na 3 części. W pierwszej (1—120) autor omówił i opisał całe instrumentaryum cystokopijne, rozmaite rodzaje i odmiany cystokopów i inne przyrządy, pozostające z nim w ścisłym związku, a więc źródła światła, stół do badania, urządzenie pokoju, przyrządy pomocnicze i t. p.; dalej ogólne uwagi o technice cystoskopowania, w szczególności sprawa anty- i aseptyki. Przyrząd bardzo skombinowany, a przytem delikatny, już sam przez się trudno tylko daje się wyjałowić, a warunek to konieczny ze względu na tak częste przypadki zakaźnych zapaleń pęcherza po jednorazowem nawet cystokopowaniu. To też szczegółowo omawia autor tę sprawę, mając przed oczyma głównie potrzeby i warunki lekarza praktyka. Ze względu na małe ramy sprawozdania muszę pominąć wyliczenie pojedyńczych metod i sposobów wyjaławiania przy cystoskopii i nadmienię tylko, że powinno ono być przeprowadzone bardzo ściśle i dotyczyć tak badanego, jak i badającego i wszystkich mających być użytymi przyrządów. Co się zaś tyczy anty- i aseptyki tych ostatnich, to dzisiaj sprawa ta zdaje się być szczęśliwie rozwiązana, gdyż jesteśmy w stanie wyjałowić cystoskop zupełnie ściśle i pewnie gazem formalinowym i to w sposób nadzwyczaj prosty, tani i praktyczny. Uśpienie lub znieczulenie lokalne są niepotrzebne; — asystencya pomocników przy pomocy odpowiedniego statywu — zbyteczna. — W II-giej części (120 do 200) traktowana jest szczegółowo technika naświetlania pęcherza i cewnikowania moczowodów, znaczenie rozpoznawcze i lecznicze, wskazania i przeciwwskazania przy zastosowaniu tych zabiegów. Nie zapomniał też autor o przeszkodach, jakie się czasem przytrafiają, jużto jeżeli przyrząd odmówi posłuszeństwa z różnych przyczyn, które pojedynczo są omawiane, jużto z powodów, od samego cystoskopu niezależnych, a więc leżących w cewce lub pęcherzu. Tu należą: zwężenia cewki, różne wydzieliny, zanieczyszczające przyrząd i zaciemniające pole widzenia, krwawienia pęcherzowe, zmniejszona objętość pęcherza, wrażliwość chorych, ujawniająca się w ciągłych skurczach mimowolnych pęcherza i t. p. Omawiając te sprawy, dalej zachowanie się i obraz śródpęcherzowy cewki i pęcherza, zaznajamia nas autor dokładnie ze stosunkami, jakie zachodzą w stanie prawidłowym narządu moczowego, przyczem nie szczędzi wielu uwag, zaczerpniętych z bardzo bogatego doświadczenia. W końcu dodaje, że wszelkie niebezpieczeństwa, wynikające z powodu i przy cystoskopowaniu i cewnikowaniu moczowodów (n. p. zakażenie, uszkodzenie), dają się na pewno ominąć — wprawa badającego. W III-ciej części wreszcie (200—320) przechodzi autor do działu szczegółowego i patologii narządu moczowego. Między innemi zatrzymuje się dłużej nad gruźlicą i sądzi, że jedynie cystoskop może na pewno rozpoznać, gdzie jest źródło choroby, z której nerki ona wychodzi itp. Wielkie znaczenie ma metoda ta przy rozpoznawaniu nowotworów pęcherzowych, szczególnie małych, lub jako badanie kontrolujące wynik pooperacyjny. Oprócz rękojmi pewnego rozpoznania, zapobiega cystoskop powikłaniom, które się przytrafiały przy dotychczasowem badaniu wnętrza pęcherza palcem, a które wymagają znowu osobnego leczenia, np. pęknięcie zwieracza. Nie mniej ważne usługi oddaje cystoskop przy rozpoznawaniu ciał obcych w pęcherzu lub gdy idzie o umiejscowienie przetok pęcherzowych, względnie moczowodowych. Cewnikowanie moczowodów i otrzymywanie moczu z każdego moczowodu osobno daje nam znowu obraz stanu obu nerek, szczególnie jeżeli idzie o oznaczenie, która nerka jest chorobowo zajęta, a czasem nawet możemy powiedzieć, z jaką postacią chorobową mamy do czynienia. Dla ginekologów zajmującym jest rozdział o zmianach pęcherzowych w chorobach narządów sąsiednich, np. przy wypocinach zapalnych przy- i okołomacicznych, lub nowotworach narządu rodnego. Tu istotnie często tylko cystoskop może rozstrzygnąć o rozmiarach i możności operowania, np. raka macicy, a charakterystyczny obrzęk błony śluzowej pęcherza (*oedema bullosum*) stanowi ważną wskazówkę o zbliżaniu się nowotworu do ściany pęcherza. W końcu opisane są obrazy pęcherzowe po mniejszych i większych zabiegach ginekologicznych i w przebiegu ciąży, porodu i połogu. Wyraźne ilustracye w tekście i piękne kolorowe fotografie, umieszczone na końcu pracy, uzupełniają dzieło zajmujące i pożyteczne. Jak to widać z przedmowy autora, ma ono jeszcze jeden cel — wykazanie ginekologom ścisłego stosunku urologii do ginekologii i pobudzenie ich do zajmowania się cystoskopią na wielką skalę. Czy cel ten kiedykolwiek będzie osiągnięty? — wątpię. Sądzę raczej, że jak dotąd, tak i nadal ścisła cystoskopia — w pojęciu autora — zostanie monopolem zakładów i klinik, chyba że każdy ginekolog będzie zarazem bardzo biegłym urologiem i doprowadzi sztukę cystoskopowania do takiej jak Stoeckel doskonałości. Z drugiej strony, kto wie, czy to wyszłoby na dobre chorym, gdyby każdy ginekolog chciał np. przy tyłopochyleniu lub zgięciu macicy lub przed i po każdej kolporafii, przy ciąży zamacicznej itd. przekonać się o stanie narządu moczowego za pomocą cystoskopu. Mnie się zdaje, że autor za daleko posunął swój zachwyt dla tego przyrządu — i to głównie w ginekologii, — pozwalając mu zbyt często święcić wielkie tryumfy tam, gdzie na to nie zasługuje lub gdzie zastosowanie jego wydaje się co najmniej zbyteczne. To jest zresztą osobiste zapatrywanie autora, które z samą pracą nie ma nic wspólnego, a dla chcącego się zająć cystoskopią — dzieło to pozostanie zawsze niewyczerpanem źródłem nauki.

Dr. E. Ehrenpreis.

IV. Wyciągi.

Fromme. **Najnowsze leczenie przewlekłego zatrucia morfiną.** (*Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift*, Nr. 18, 1904). Zazwyczaj postępuje się obecnie z morfinistami w ten sposób, że wstrzykuje się im codziennie coraz to mniejszą ilość morfiny, zostawiając im od czasu do czasu okres wytchnienia, t. j. jeden lub kilka dni, w których chorzy otrzymują istotnie lub też rzekomo zwiększoną dawkę morfiny, aby tem łatwiej mogli znosić objawy, występujące przy tem leczeniu, a z drugiej strony dodać im otuchy i odwagi do dalszego wytrwania w raz powziętem postanowieniu. Atoli i ta metoda, jak i wszystkie podobne, ma tę wspólną wadę, że zawsze strzykawka pozostaje nadal w użyciu, która ukłuciem swojem wywołuje to dziwne uczucie podrażnienia, pożądane tak chciwie przez chorych. Nie ulega wątpliwości, że do wytworzenia się przewlekłego zatrucia morfiną musi istnieć pewna skłonność: podczas gdy niektórzy chorzy zażywają morfinę całymi tygodniami i pozbywają się przyzwyczajenia do tego środka bez żadnych dla ustroju niekorzystnych następstw, u drugich występują już po 8 dniach dotkliwe objawy i dolegliwości ze strony całego układu nerwowego; po większej części są to neurastenicy lub wogóle chorzy, których układ nerwowy już skutkiem przebytych cierpień jest mniej

odporny; oczywista rzecz, zdarzają się i morfiniści, którzy jedynie przez bezgraniczną lekkomyślność popadli w ten nałóg. Środki wprowadzone w handel przez nowoczesną chemię, a mające na celu zastąpić morfinę (heroina, kodeina, peronina, dionina i t. d.), są wszystkie pochodnymi makowca, odznaczają się więc temi wszystkiemi wadami, jak i morfina: koją wprawdzie ból i uspokajają, ale odzwyczajenie się od nich jest nadzwyczaj trudne, uciążliwe, a czasami i bolesne. Przy podawaniu heroiny występują objawy przewlekłego zatrucia daleko łatwiej; zastępowanie morfiny przez kodeinę nie prowadzi również do celu; także zastępcze podawanie „hyoscinum hydrobromicum" w początkowej ilości 0·0003 dwa razy dziennie nie dało świetnych wyników. Po kilku wstrzyknięciach wytwarza się śpiączka, podobna do chloroformowej i dlatego nie należy zostawiać chorego samego po obudzeniu się, lecz podawać mu koniak, czarną kawę, mleko i t. d.; taki chory robi wogóle wrażenie opitego. Niedawno zalecano, szczególniej w Ameryce, śpiączkę bromową, jako niezawodny środek przeciw przewlekłemu zatruciu morfiną: podawano 25—30 grm. bromu w celu wywołania kilkudniowego snu! swoją drogą trzeba mieć wielką odwagę, by podawać takie ilości. Od trzech lat stosuje autor z istotnie bardzo dobrymi wynikami wyciąg z meksykańskiej rośliny „argemone mexicana", dający wprawdzie to samo chemiczne oddziaływanie, co morfina, skład jednak jego jest cokolwiek inny: w Meksyku stosuje się wyciąg z szypułek liści i nasion tej rośliny, jako środek uspokajający i nasenny. Podczas gdy z jednej strony środek ten odznacza się dobremi własnościami morfiny, to z drugiej nie posiada wad tej ostatniej: działanie jego jest dłużej trwające i stopniowo się wzmagające, gdy przeciwnie wpływ morfiny trwa czas krótki i nagle się kończy; działania zbiorowego ten nowy lek nie posiada. Nadmienić jeszcze wypada, że już w krótkim czasie po użyciu tego wyciągu, połączonego z „brucinum muriaticum", można stwierdzić przybytek czerwonych ciałek krwi, wzmaganie się sił chorego i poprawę stanu ogólnego; okoliczność zaś, że użycie strzykawki staje się zupełnie zbędne, jest doniosłej wagi. Wyciąg ten podaje się zazwyczaj w kroplach i to 4 razy dziennie: o 7-mej rano, o 1-ej w południe, o 6-tej wieczór i o 11-tej w nocy bezpośrednio przed spaniem, przyczem baczyć należy, aby chory najwyższą właśnie dawkę otrzymał w nocy. Jednym z głównych warunków dobrego wyniku leczenia jest sen, który zwłaszcza u neurasteników pozostawia wiele do życzenia. W tym względzie stosuje się trional w dawkach 1·50—2 grm., lub weronal 1 grm., bardzo dobrze działający, a nie wywołujący żadnych szkodliwych wpływów ubocznych; skutecznie czasem działają przetwory bromu i ciepłe kąpiele; ewentualną biegunkę zwalcza się tanigeną lub tanalbiną. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Bulling. **Wdychiwania fenilo-propiolanu sodowego w gruźlicy krtani i płuc.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 17, 1904). W trzech przypadkach gruźlicy krtani, względnie płuc, otrzymał autor przy pomocy wdychiwań fenilo-propiolanu sodowego tak znakomite wyniki, że nie waha się gorąco zalecić środka tego we wszystkich nie beznadziejnych przypadkach gruźlicy płuc, tem bardziej, że nie każdy chory jest w stanie jeździć z jednego uzdrowiska do drugiego, a wreszcie gdyby nawet mógł, z radością przyczyniłby się do skrócenia ciężkiej choroby. Oczywista rzecz, że wszelkie zasady postępowania dyetetyczno-higienicznego (Brehmer-Dettweiter) winny być i przy tem leczeniu zachowane; o tem chyba nie trzeba wspominać, jak nie mniej, że chorzy, u których cierpienie w przyczynowym pozostaje związku z ich zawodem, mają się chronić w chwili poprawy zdrowia od wszelkich szkodliwości i zanadto wiele nie zaufać swoim siłom fizycznym. Z uwagi dalej, że nowe to postępowanie lecznicze trwa czasami całe miesiące, winien i chory i lekarz uzbroić się w cierpliwość i wytrwałość, a nie zrażać się, jeśliby w krótkim czasie po rozpoczęciu leczenia nie pojawił się pomyślny skutek. Sposób stosowania wdychiwań jest następujący: Chory bierze kostkę rozpylacza w usta, oddycha zwolna, równomiernie bez natężenia; początkowa ciepłota rozpylanego leku wynosi 25°—30°, po kilku minutach należy ją podnieść do 42°—43°, a w przypadkach, w których skłonność do krwioplucia można wykluczyć, dochodzi się do 45°. Skutkiem tej nadmiernej ciepłoty rozpylanego środka wytwarza się przekrwienie bierne błony śluzowej całego narządu oddechowego, zastój Biera, działający bakteryobójczo i podnoszący w ten sposób działanie fenilo-propiolanu sodowego. Wdychiwania takie stosuje się dwa razy dziennie po pół godziny: podczas ostatnich kilku minut każdego posiedzenia obniża znów chory ciepłotę do 35°, zaś po wdychiwaniu winien chory przez całą godzinę wstrzymać się od wszelkiej rozmowy i wogóle spokojnie się zachować. Co się tyczy dawkowania, to zauważyć należy, że z początku stosuje się $\frac{1}{2}\%$ rozczyn fenilo-propiolanu sodowego, zwiększając dawkę co tydzień o $\frac{1}{2}\%$ aż do 3%, jako na razie ostatecznej granicy. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Elken i Wiesmüller. **O wdychiwaniach fenilo-propiolanu sodu według metody Bullinga.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 18, 1904). Doświadczenia wykonano na 13 chorych, znajdujących się w rozmaitych okresach gruźlicy płuc i krtani, przy najściślejszem przestrzeganiu wskazówek, podanych przez samego Bullinga: z początku stosowano $\frac{1}{2}\%$ rozczyn fenilo-propiolanu sodowego, po kilku dniach 1%, dochodząc z biegiem czasu do 2% rozczynu; również i co do ciepłoty trzymano się ściśle zasad autora: w pierwszych 5 minutach wynosiła ciepłota rozpylanego rozczynu 25°, w następujących 20 minutach 40°, zaś w ostatnich 5 minutach zniżano znów ciepłotę na 25°. Wyniki, tem postępowaniem otrzymane, można wogóle określić jako pomyślne i to tem bardziej, że wstrzykiwaniami hetolu, spokrewnionego zresztą z fenilo-propiolanem sodu, nie otrzymano pomyślnych następstw. Szczególnie zaś zaznaczyć należy, że u dwóch chorych, którzy wdychiwali ten środek przez kilka miesięcy, ustąpiły zarówno rzężenia, jak i prątki gruźlicze w plwocinie. U jednego chorego nastąpiła znakomita poprawa w krtani, pomimo że zmiany w płucach i stan ogólny były bezwarunkowo nie świetne. Jako dowód, że cząstki rozpylonego rozczynu dochodzą do najgłębszych oskrzelików, może posłużyć ta okoliczność, że prawie wszyscy chorzy jeszcze po 12 godzinach czują smak leku w ustach, a plwocina wydaje charakterystyczną woń: szkodliwych zaś ubocznych wpływów u żadnego chorego nie stwierdzono. W każdym razie można było stwierdzić wybitną poprawę, pomimo że zupełnego wyleczenia w ścisłem tego słowa znaczeniu z powodu krótkości czasu leczenia osiągnąć nie zdołano; dopiero dalsze stosowania sprawę w tym kierunku wyświetlić mogą. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Hamaide (Plombieres). **O promieniotwórczości wód w Plombieres.** (*La Presse médicale*, Nr. 43. 1904). Wszystkie ciała promieniotwórcze, do których w pierwszej linii należą nowo odkryte pierwiastki: rad, polon, aktyn, posiadają dwie wybitne cechy. Jedna z nich, to tworzenie promieni o charakterze promieni katodalnych i promieni Roentgena, razem nazwanych promieniami Becquerela, które działają na płytę fotograficzną, pokrytą czarnym papierem, albo nawet cienką blaszką metaliczną i wywołują fosforescencyę pewnych ciał, jak platynocyanek barowy lub fosforyzujący siarczek cynkowy, a przez jonizacyę powietrza wyładowują potencyały ciał naelektryzowanych. Druga własność — to tworzenie się emanacyi, zachowujących się jak gaz, które to emanacye udzielają otoczeniu własności wysyłania wyżej opisanych promieni. Emanacye te ulegają po pewnym czasie jakiejś jeszcze niezbadanej przemianie, przyczem ich pierwotne własności nikną, natomiast, jak to zauważył Ramsay, tworzy się gaz, identyczny z niedawno odkrytym pierwiastkiem helium. Wszystkie ciała promieniotwórcze wydzielają promienie i emanacye bezustannie; siła ich nie słabnie, ani ciężar się nie zmniejsza, tak przynajmniej udowodniły kilkuletnie ścisłe spostrzeżenia; zjawiska te stoją w rażącej sprzeczności z naszemi dotychczasowemi pojęciami o zachowaniu materyi i energii i długich jeszcze zapewne trzeba będzie badań, nim ta sprzeczność z naszemi najkardynalniejszemi wyobrażeniami fizycznemi da się wyrównać. Emanacye, wydzielane przez ciała promieniotwórcze, rozkładają się same przez się, dostarczając ciepła, światła i elektryczności tak, że rad i podobne mu pierwiastki są, jak na razie, nieustannem i samoistnem źródłem energii. Przemiana emanacyi w helium, zauważona przez Ramsaya, tłómaczy nam, jak to podnieśli Elster i Geitel, obecność helium w wodach mineralnych pochodzenia wulkanicznego, a obfitych w emanacye promieniotwórcze. Właściwością emanacyi jest udzielanie własności promieniotwórczych płynom, w których one są rozpuszczone, lub ciałom stałym, z któremi są w zetknięciu. Po usunięciu ciał stałych ze sąsiedztwa radu zmniejszają się powoli te nabyte własności promieniotwórcze tak, że mniej więcej w pół godziny schodzą do zera. Emanacye różnych pierwiastków promieniotwórczych różnią się między sobą chyżością znikania; tak np. emanacye radu zmniejszają się co cztery dni o połowę, a więc pewna ilość emanacyi radu, zamknięta w rurce szklanej, zmniejsza się po upływie czterech dni o połowę, po ośmiu dniach do jednej czwartej, po dwunastu do jednej ósmej pierwotnej ilości. Tem można wytłómaczyć zjawisko, dlaczego wiele wód mineralnych posiada wybitne własności promieniotwórcze u źródła, traci je jednak wskutek dłuższego transportu.

Badania zdrojów mineralnych, przeprowadzone przez p. P. Curie, odnosiły się częściowo do gazów, wydzielających się u źródła, zebranych i co rychlej wysłanych do pracowni; częściowo zaś do gazów, rozpuszczonych w wodzie. Celem mierzenia emanacyi przepuszczano gaz przez rurę, będącą równocześnie kondensatorem elektrycznym i mierzono prąd między obydwoma zdrojami, następnie porównywano wynik ze skutkiem, jaki wywołuje jeden miligram bromku radowego w litrze otaczającego powietrza przez pewien

przeciąg czasu, podany w minutach. Gdy chodziło o badanie gazu rozpuszczonego w wodzie, wygotowywano ją, gaz zbierano i badano jak poprzednio. Drugie badanie tych samych wód, wykonane mniej więcej w dwa miesiące po pierwszem, wykazało, że emanacye są znacznie słabsze; widocznie zależą one nie od rozpuszczonych we wodzie śladów soli radowej, lecz od zadziałania ich na wodę gdzieś jeszcze w głębi ziemi. Celem mierzenia siły emanacyi posługiwał się p. Curie kondensatorem kształtu walcowatego, przez który przeprowadzał badany gaz i mierzył prąd między zbrojami kondensatora, wyrażając ilość jego w jednostkach elektrostatycznych. Badane gazy ze zdrojów porównywał zaś z powietrzem, wystawianem przez różny przeciąg czasu na działanie soli radowej. Ilość prądu jest proporcyonalną do czasu działania radu; tak np. jeżeli na litr powietrza będziemy działali miligramem bromku radowego przez dwie minuty, otrzymamy w przyrządzie dwa razy większą ilość prądu, niż po działaniu jednominutowem.

Następująca tablica wyobraża ilość emanacyi w gazach różnych zdrojów mineralnych. Pierwszy szereg liczb wskazuje ilość prądu, wyrażoną w jednostkach elektrostatycznych razy tysiąc, t. j. i. 10^3, drugi zaś czas, jakiego potrzeba, aby miligram bromku radowego wywołał ten sam efekt, działając na litr powietrza. Obydwie liczby są do siebie wprost proporcyonalne. Pomiary były robione w cztery dni po zebraniu gazów, zatem wartości u źródła są dwa razy większe.

		i. 10^3	n.
Bad Gastein w Austryi, zdrój Gratenbucker		360	19,7
Plombières (Wogezy)	zdrój Vauquelin	47	2,5
	„ nr. 3	29	1,53
	„ nr. 5	28	1,48
	des Capucins	21	1,16
Bains-les-Bains (Wogezy)		16	0,89
Luxeuil (Haute-Saône)	zdrój Bain des Dames	5,7	0,29
	zdrój Grand Bain	2,3	0,12
Vichy (Allier) zdrój Chomel		4,6	0,25
Néris (Allier)		4,2	0,23
Bagnoles-de-l'Orne		3,3	0,17
Salins-Moutiers (Sabaudya)		3,	0,16
Cauterets (Niższe Pirencje)			
Eaux-Bonnes		od 0,6	0,034
Lamalou (Hérault)			
Mont-Dore (Puy-de-Dôme)		do 3,	0,16
Royat (Puy-de-Dôme)			
Chatêl Guyon (Puy-de-Dôme)		0	0
Alet (Aude).			

W dalszej części artykułu roztrząsa autor kwestyę działania wód w Plombières, a mianowicie jej trzy główne własności: uspokającą układ nerwowy, przeciwgośćcową i wpływającą na odżywienie. Trzy te własności, wspólne zresztą wielu tak zw. cieplicom obojętnym, których sposobu działania wprost nie znamy, odnosi autor właśnie do działania owych emanacyi czy promieni (miałby to zatem być ów cenny „Quellengeist?“ *przyp. ref.*). W każdym razie badania własności fizyologicznych promieni Roentgena, tudzież promieni i emanacyi radu, ich wpływ na żywotność komórek z całą skalą objawów od słabego przekrwienia aż do oparzenia, wpływ na wzrost włosów ujemny lub dodatni, a w końcu opisane przez Danysza i Bohna własności analgetyczne radu, zdają się potwierdzać zapatrywania autora. *Seńkowski.*

Schaefer. **W sprawie leczenia gośćca stawowego surowicą.** (*Therapie d. Geg.*, marzec, 1904). Wyniki, które Menzer osiągnął w gośćcu stawowym zapomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej, skłoniły Dra Schaefera do próbnego jej zastosowania. Próby wypadły ku zadowoleniu jego i chorych. Przedewszystkiem autor ten wziął pod rozwagę, czy lekarz praktyczny może tego rodzaju leczenie stosować i polecić? Prócz wstrzykiwań surowicy chorzy nie używali żadnych innych leków, ani wewnętrznie, ani zewnętrznie. Nigdy nie zauważono objawów, wskazujących na niebezpieczeństwo stosowania tego leczenia. Że wiek, siły i możebne powikłania muszą wpływać na dawkę, rozumie się samo przez się, jak i to, że trzeba przeczekać z ponownem wstrzyknięciem aż do przejścia odczynu po pierwszem. Mierna bolesność w miejscu wstrzyknięcia (bez ropienia) i osutka są tymi przemijającymi objawami, które przecież nie mogą mieć takiego znaczenia, ażeby stosowanie tej surowicy stało się niemożebnem. Schaefer zadał sobie dwa pytania: 1) czy leczenie gośćca stawowego surowicą przeciwpaciorkowcową ma jakie zalety wobec leczenia dotychczasowego i 2) czy można mu przypisać wogóle jakiś swoisty wpływ na sprawę chorobową? Autor stwierdził, że 1) napady po tem leczeniu trwały znacznie króciej, niż dawniej, a po usunięciu gorączki pozostawało uczucie podmiotowej rzeźwości, jakiej przedtem chorzy nie zaznawali. Już to przemawiałoby za pierwszeństwem leczenia surowicą przed lekami dotychczas używanymi. Te ostatnie mogą wprawdzie przemijająco usunąć gorączkę i bolesność stawów, lecz leczenie to łączy się z przykrem działaniem ubocznem, nieraz jeszcze powiększającem cierpienia chorych, które nie istnieją przy leczeniu surowicą. W szczególności nie cierpi trawienie. Dalszą zaletą leczenia surowicą gośćca stawowego jest znaczne zmniejszenie potów, tak obficie występujących w gośćcu i po leczeniu salicylanem sodowym. Czy w leczeniu surowicą gośćca stawowego posiadamy środek przeciw zapaleniu wsierdzia, autor nie rozstrzyga z powodu niedostatecznego jeszcze doświadczenia. W jednym przypadku zauważył podmiotowe i przedmiotowe polepszenie objawów sercowych. Wobec tych zalet leczenia surowicą przeciwpaciorkowcową mało mu czyni ujmy ta okoliczność, iż lekarzom przyczynia się nieco więcej pracy, niż przy szablonowem zapisywaniu lekarstw. *Baschkopf.*

Bokay. **Doświadczenia z surowicą przeciwpłoniczą Mosera.** (*Ungar. med. Presse*, Nr. 35, 1903). Prof. Jan Bókay wybierał zawsze jak najcięższe przypadki płonicy. Wstrzyknął ogółem 2150 ctm.^{3}; najmniejsza dawka wynosiła 100 ctm.^{3}, największa 200 ctm.^{3}; w 2-ch przypadkach powtórzono wstrzyknięcie po upływie 24 godzin. We wszystkich 12 przypadkach uderzył autora szczególnie korzystny wpływ na stan ogólny; wyraźnem zwłaszcza było szybkie znikanie groźnych objawów mózgowych już 2-go dnia po wstrzyknięciu. Ustępowanie ciężkich objawów podrażnienia kory mózgowej wtedy tylko stawało się wybitnem, jeżeli po pierwszych 24 godzinach następowało znaczne obniżenie ciepłoty, o czem niżej. Dzieci, których przed zastrzyknięciem z powodu ciężkiego zapadu nie można było odżywiać, przyjmowały pokarm już dnia następnego po wstrzyknięciu i nie robiły już wrażenia ciężko chorych. Autor podnosi fakt, że po wstrzyknięciu wysypka szybko znikała, a tam, gdzie się dopiero rozwijała. występowała łagodnie, nawet niekiedy nie dosięgła zupełnego rozwoju. Szczególnie uderzało Bókaya, na co nie zwrócili uwagi ani Moser, ani Escherich, że surowica wpływa na cechę wysypki; albowiem wyraźna osutka różnobarwna lub guzkowata już po 24—48 godzinach zamieniała się na wysypkę wyglądającą prawidłowo, gęsto punktowaną, więcej bladą. Najbardziej uderzało obniżenie bardzo podwyższonej ciepłoty w 24 godzin po wstrzyknięciu. W wyleczonych 10 przypadkach obniżyła się ciepłota przeciętnie o 2·1° C. U niektórych chorych spadek ciepłoty był przełomowy, o ile dalszy przebieg choroby był bezgorączkowy. Nigdy nie spostrzegał autor objawów zapadu, choćby jak znacznem było obniżenie ciepłoty. Równolegle z obniżeniem ciepłoty zmniejszała się także częstość tętna, którego jakość również przedstawiała poprawę. Co się tyczy zgorzeli gardła, zgadza się Bókay z Moserem i Escherichem, iż ona mniej szybko się rozszerza i mniej głęboko drąży. Zapalenie nerek po płonicy spostrzegano w 2-ch przypadkach, zawsze z korzystnym przebiegiem. Czy leczenie surowicą pociąga dla chorego szkodliwe następstwa? Ropienie w miejscu wstrzyknięcia spostrzegano tylko raz. Na nerki surowica nie wpływa szkodliwie, gdyż raz tylko po wstrzyknięciu wystąpił białkomocz, trwający zresztą tylko bardzo krótko. W 7-miu (na 12) przypadkach zauważono wysypkę po surowicy, najczęściej w postaci pokrzywki. Bókay stwierdza w końcu, iż wrażenie po zastosowaniu surowicy Mosera jest stanowczo korzystnem. *Dr. Baschkopf.*

Prof. Le Dentu. **O mięsakach pochwy w wieku dziecięcym.** (*La Presse médicale*, Nr. 41, 1904). Nader rzadkie to cierpienie było dotąd prawie wyłącznie opisywane przez pisarzy niemieckich (Veit, Braun, Kolisko, Pick). Dotyczy ono wieku dziecięcego na równi z wiekiem dojrzałym i podeszłym, a bywa częstokroć niewątpliwie wrodzonem. Odpowiednio do wieku dotkniętych osobników okazuje ono różny rozwój i rozmaite postacie anatomiczne. Jest nader groźnem i tylko wyjątkowo zabiegi chirurgiczne odnoszą pomyślny skutek. Pojawia się od najwcześniejszego wieku do najpóźniejszej starości. Veit w swojem zestawieniu wyróżnia 2 grupy, z których pierwsza obejmuje 17 przypadków i dotyczy wieku dziecięcego, druga zaś grupa 30 przypadków i odnosi się do chorych, począwszy od 15 roku życia. Do pierwszej grupy dolicza autor jeszcze 3 przypadki, opisane przez Brauna, Strassmanna i Rabego, a nadto swój własny, dotyczący 3½-letniej dziewczynki. Olbrzymi mięsak zajmował całe podbrzusze i sięgał prawie aż do pępka. Guz, wypełniający pochwę, zaciskał szyjkę bardzo rozciągniętego pęcherza moczowego i wywołał bezwzględne zatrzymanie moczu. Srom z powodu sterczącej zeń gładkiej masy gąbczastej przedstawiał widok. przypominający przerzynanie się główki przy porodzie. Silne bole, które pochodziły w części z zatrzymania się moczu, częścią zaś z rozpychania pochwy przez guz, ustąpiły chwilowo po wyskrobaniu tworów patologicznych z pochwy. Autor wykonał możliwie doszczętną operacyę, wszelako chora zmarła po 3 dniach z powodu zapalenia płuc. Guz wycięty, badany drobnowidowo, oka-

zał się mięsakiem i składał się przeważnie z zarodkowej tkanki łącznej, która w licznych miejscach przechodziła w śluzakową. Autor podnosi jako ważny szczegół zupełny brak włókien mięsnych prążkowanych. *Dr. M. Blassberg.*

M. D'Halluin. **Mięsienie serca.** (*La Presse médicale*, Nr. 44, 1904). Tuffier był pierwszym z chirurgów, który w r. 1898 położył nacisk na znaczenie mięsienia serca, stosowanego już od dawna przez fizyologów. Zdołał on na chwilę wskrzesić chorego, operowanego przed 5 dniami z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, a zmarłego nagle podczas wizyty lekarskiej. Po tem doniesieniu przypadki ogłaszane pomnożyły się znacznie. O ile doświadczalnie skuteczność mięsienia serca nie da się zaprzeczyć, to jednak nie było dotąd prawie żadnych wniosków o praktycznem znaczeniu dla ustroju ludzkiego. Wyjątek stanowi przypadek Maaga, w którym życie dało się utrzymać przez 11 godzin, oraz przypadek Starlinga, któremu poraz pierwszy powiodło się ocalić tym sposobem przez niego operowanego człowieka. Główną przeszkodą zdają się być drgania włókienkowe, które trudno usunąć. Batelli uważa za skuteczny środek w celu ich usunięcia stosowanie prądu elektrycznego o wysokiem napięciu (do 240 wolt). Autor widział dobre wyniki w tym kierunku po wstrzykiwaniu śródżylnem soli potasowych. Bardziej zadowalniających wyników po mięsieniu serca możnaby się spodziewać, kombinując z niem wdmuchiwanie powietrza do płuc. Wogóle o możności wskrzeszenia po ustaniu czynności serca może być tylko wówczas mowa, jeśli nie zachodzą uszkodzenia, wykluczające bezwzględnie możność bytu i o ile krew jest płynną, a ośrodki nerwowe są względnie nienaruszone. Działanie mięsienia serca tłómaczy się przez powstanie krążenia tętniczego i następowe pobudzenie czynności ośrodków. Jest to wogóle metoda wprawdzie niestała, ale która w niektórych przypadkach może być niewątpliwie skuteczną. *Dr. M. Blassberg.*

Althaus. **Przypadek laryngotomii w celu usunięcia ciała obcego u 10-miesięcznego dziecka.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 21, 1904). 10-miesięczne dziecko, bawiąc się, miało połknąć skorupkę z jaja. Badaniem nie można było nic wykazać, a objawy ze strony krtani pozwalały przypuszczać, że cząstka skorupki, którą matka dziecka wyjęła zaraz z gardła, wywołała podrażnienie błony śluzowej krtani. Po kilku dniach dopiero powstała duszność, która zmusiła do zrobienia tracheotomii; operacya jednak nie wykazała żadnego ciała obcego w tchawicy, a sprowadziła tylko ulgę w oddychaniu. Dziecko mimo tego gorączkowało później; rana tracheotomijna nie goiła się, a przy zmienianiu kaniuli można było widzieć, że z góry wydobywa się nieco krwi i ropy. Autor sondował nawet krtań zgłębnikikiem cienkim, nie mógł jednak natrafić na żadne ciało obce. Stan po 4 tygodniach był niezmieniony; dziecko gorączkowało, chociaż nieco mniej, jednak podrażnienie do kaszlu istniało bez przerwy; wobec tego przystąpiono do laryngotomii. W krtani znaleziono cztery małe kawałeczki skorupy; prawdopodobnie początkowo był jeden kawałek, a ten skruszył się przy sondowaniu zgłębnikiem. Cząsteczki te wyjęto, ranę zaszyto; przebieg pooperacyjny był dobry: kaszel ustał, dziecko wydobywało głos czysty. Po 8 dniach szwy wyjęto, rana się zagoiła, a dziewiątego dnia można było kaniulę wyjąć na stałe. Przyłączyło się jednak zapalenie płuc, jak autor przypuszcza zachłystowe, które zakończyło się śmiercią. *B. Żmigrod.*

Heine. **O wrodzonym braku rzepki.** (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 19, 1094). U 34-letniego chorego stwierdził autor wrodzony brak rzepki, a obraz radiograficzny upewnił go jeszcze w rozpoznaniu. Przypadek zajmujący także i z tego względu, że brak rzepki stwierdzono także u ojca i u siostry chorego. Poza tem staw kolanowy był zupełnie prawidłowy, funkcye stawu niezmienione, tylko guzowatości kości goleniowej po obu stronach są powiększone. W przypadku tym można było wykazać pewne zmiany w czynności ścięgna mięśnia czworogłowego uda, coby świadczyło o tem, że prawdopodobnie rzepka ma także pewne czynnościowe zadanie w prostowaniu kończyny dolnej w kolanie. U tego samego chorego stwierdzono ponadto wrodzone zwichnięcie główki kości sprychowej ku tyłowi. *B. Żmigród.*

Krone. **O działaniu promieni Roentgena na narządy wewnętrzne.** (*Münch. mediz. Wochenschrift*, Nr. 21, 1904). Do autora zgłosił się chory z bardzo znaczną białaczką śledzionową, który przez długi czas zażywał arsen bez skutku, a na operacyę zgodzić się nie chciał. Wtedy to autor, zachęcony pracą Senna, nakłonił chorego do poddania się leczeniu promieniami Roentgena i odesłał go do odpowiedniego Zakładu. Autor widuje chorego dość często; leczenia nie uważa jeszcze za ukończone, ale zadziwiony jest wynikiem działania promieni, chociaż nie umie sobie dotychczas fizyologicznie wytłómaczyć tego wyleczenia. Prawie po kilku posiedzeniach stan ogólny chorego się poprawił, obrzęk śledziony ustąpił, przyczem ta wróciła do swego dawnego kształtu. Objętość brzucha u chorego zmniejszyła się, mimo że ciężar ciała się zwiększył; także skład krwi się zmienił: stosunek ciałek białych do czerwonych po 17 posiedzeniach zeszedł z 1:8 na 1:20. Stan psychiczny chorego, zgorzkniałego długiem trwaniem choroby, poprawił się znacznie, chory poczyna się brać do swej zawodowej pracy. Leczenie wprawdzie nieukończone, jednak według zdania autora powinno znaleźć naśladowców. *B. Żmigród.*

Feilchenfeld. **W sprawie rozpoznawania i leczenia bezsenności, osobliwie pochodzenia sercowego.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 11, 1904). Przyczyny wywołujące bezsenność mogą być pochodzenia mózgowego, żołądkowo-jelitowego i sercowego; w ostatnim razie przedstawiają chorzy tak charakterystyczny typ, że rozpoznanie nie powinno natrafić na szczególniejsze trudności. Sen w podobnych przypadkach następuje szybko, jest dość głęboki, trwa jedną ub dwie godziny, poczem chorzy budzą się wśród uczucia lęku, lekkiego ciężaru na klatce piersiowej, a bardzo często z „biciem“ serca. Ta bezsenność trwa przeważnie kilka godzin i dopiero nad ranem chorzy zasypiają znów na krótki czas. Zazwyczaj można w takich przypadkach stwierdzić osłabienie mięśnia sercowego bez wad zastawkowych; takie zmiany bowiem nie pociągają za sobą prawie nigdy bezsenności; owszem sen bywa u tych chorych zwyczajnie bardzo dobry i pokrzepiający. Co się tyczy leczenia, zaleca autor obok ścisłego postępowania higieniczno-dyetetycznego zabiegi wodoleczniczne i małe dawki środków nasennych (morfina, kodeina, sulfonal i t. d.), szczególnie zaś połączenie naparstnicy z morfiną, n. p. *Rp. Pulv. digitalis 0·015, morph. muriat. 0·0025 S.* Przed spaniem zażyć jeden proszek. W przypadkach, w których przyczyny bezsenności tkwią w przypadłościach żołądkowych, dobry wpływ wywiera sulfonal w dawkach 0·25, 2 lub 3 razy w ciągu popołudnia. Należy stosować małe dawki nawet w tych przypadkach, w których większe pozostawały bez skutku. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Kauffmann. **Niebieskie zabarwienie spojówki i rogówki.** (*Ophtalmolog. Klinik*, Nr. 6, 1904). Zawodowemu pisarzowi prysnął przy zamknięciu flaszeczki atrament do hektografowania pełnym strumieniem w twarz. Twarz cała, szyja, jama nosowa, usta, język i błona śluzowa jamy ustnej były niebiesko zabarwione. Skóra powiek stosunkowo mało była zabarwioną, natomiast spojówka i rogówka przedstawiały jednostajną niebieską powierzchnię tak, że tęczówki i źrenicy dostrzedz nie było można. Chory liczył tylko palce przed okiem i widział wszystko w barwie niebieskiej. Zabarwienie skóry usunął autor bardzo łatwo wycieraniem miejsc splamionych mieszanką alkoholowo-eterową. Obawiając się jednak drażnić oko tym płynem, założył na oba oczy opatrunek z 2% maści borowej, który zmieniał co godzinę. Przepłókiwania wodą okazały się bezskuteczne, gdyż atrament ten w wodzie się nie rozpuszczał. Trzeciego dnia obie rogówki i spojówki były zupełnie odbarwione. Zmiany zapalne na spojówkach w postaci obrzęku i wydzieliny, miejscami o charakterze błoniastym, oraz powierzchowne zdarcia przybłonka rogówkowego i owrzodzenia rogówki ustąpiły dopiero po trzech tygodniach przy odpowiedniem leczeniu. Chory osiągnął pełną bystrość wzroku, rogówki pozostały zupełnie czyste, bez plam. Autor zaleca w podobnych przypadkach wyżej opisane postępowanie lecznicze. *W. Reis.*

E. Arbinet. **Stosowanie kwasu siarkawego do przestrzykiwań pochwy.** (*La Presse médicale*, 1904, Nr. 14). Autor zastosował w położnictwie i ginekologii rozczyny wodne kwasu siarkawego, a wyniki otrzymane we Francyi i w Anglii wykazały zalety tego środka, mianowicie jego taniość, brak silnej woni, oraz własności trujących lub żrących w dawkach stosunkowo wysokich, a natomiast wybitne własności przeciwgnilne i ściągające. Jest to lek dawno już znany z odkażających własności swoich. Rozczyny wodne mają te same własności, co gaz, atoli nie drażnią błon śluzowych. Autor pił sam bez uszczerbku dla zdrowia przez szereg tygodni rozczyn wodny, w którym dziennie spożywał 1½ litra SO_2. Za najodpowiedniejszy rozczyn uważa autor taki, który mieści w 1 l. wody 5 l. SO_2. Arbinet stosował też z bardzo dobrym skutkiem siarkawą wazelinę, otrzymywaną przez przepuszczanie kwasu siarkawego w ciepłocie podwyższonej przez białą wazelinę. Autor oddaje kwasowi siarkawemu pierwszeństwo przed innymi środkami odkażającymi. *Dr. M. Blassberg.*

Frose. **Stosunek między gruźlicą krtani a płuc.** (*Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 13, 1904). Autor starał się drogą doświadczalną wyjaśnić, w jaki sposób zajętą bywa sprawą gruźliczą krtań przy poprzedniem cierpieniu płuc. Otóż doświadczenia na psach przeprowadzone, wykazały — znany zresztą objaw, że plwocina, nasycona prątkami gruźliczymi, a osiadająca na błonie śluzowej krtani, jest zdolna wywołać zmiany gruźlicze. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Działanie francensbadzkich kąpieli borowinowych na parcie krwi. (*Allg. Wien. med. Ztg.*, Nr. 16, 1904). Na podstawie 63 doświadczeń, które L. Fellner przeprowadził zapomocą tonometru prof. Gärtnera, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Kąpiele borowinowe o zagęszczeniu płynnem, średnio gęstem i gęstem, ogrzane do ciepłoty 26 do 28° R., wywołują w największej liczbie przypadków podwyższenie parcia krwi, a tylko bardzo rzadko pozostaje ono niezmienionem. 2) Podwyższenie parcia krwi nie zależy od ciśnienia początkowego. 3) Także ciepłota kąpieli, jeżeli waha się między 26 a 28° R., nie wpływa na podwyższenie parcia krwi. Przydarzać się mogą przy tej samej ciepłocie różne stosunki parcia, a przy różnej ciepłocie te same stosunki parcia i to nie tylko u różnych osób, użytych do doświadczeń, ale też u jednej i tej samej osoby. Czy wyższe stopnie ciepłoty, niż te, których używał F., wpływają inaczej na ciśnienie krwi, jest rzeczą dalszych doświadczeń. 4) Natomiast usposobienie osoby wpływa, jak się zdaje, na zmiany w parciu krwi. 5) Większe zagęszczenie kąpieli wpływa podwyższająco na parcie krwi. Doświadczenia te potwierdzają wykazane już przed 26 laty przez autora zapomocą sfigmografu zwiększenie parcia krwi. Na podstawie tych wyników uważa autor za wskazane przestrzedz stanowczo przed stosowaniem kąpieli borowinowych w tych chorobach, w których można wykazać stale nieprawidłowo wielkie parcie krwi, więc 150 mm. i wyżej, jak w miażdżycy tętnic, w przeroście serca, marskości nerek itp. Z drugiej strony nakładają te wyniki obowiązek na lekarza, polecającego kąpiele borowinowe, u każdego chorego poprzednio starannie zbadać parcie krwi. *Baschkopf.*

Sozojodolan sodowy, jako dobry lek przeciw wrzodowi twardemu. (*Deutsche med. Ztg.*, Nr. 81, 1903) poleca Dr. Gouladze, prym. wojsk. szpit. w Warszawie. Autor stosuje ten przetwór w stanie nie sproszkowanym, lecz w kryształkach, które rozpuszczając się na wrzodzie, zabijają bakterye, wysuszają wrzód i ochraniają go przed dalszym rozpadem. W przypadkach silnego rozpadu i obfitego ropienia musimy jednak uciec się do środków działających także żrąco. Cenną jest też własność leku, iż szybko tworzy się twardy strup, pod którym wrzód bardzo dobrze się goi. *Baschkopf.*

Leczenie znamion barwikowych 30%-wym roztworem dwutlenku wodu. (*Monatschr. f. prakt. Dermat.*, tom 37, 1903). Z polecenia Unny zajął się asystent kliniki Dr. Curt Cohn leczeniem znamion barwikowych roztworem dwutlenku wodu. Dwa razy dziennie wpuszczał on pręcikiem szklanym jedną kroplę, czekał aż roztwór na skórze wysechł, poczem miejsce przypalone pokrywał plastrem cynkowym. Po kilku dniach znamiona znikały. *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

VIII posiedzenie dnia 9/22 stycznia 1904 roku.

Obecnych członków 29, gości 12.

I. Prezes dr. Strawiński, otwierając posiedzenie, wita licznych gości z różnych dzielnic kraju, przybyłych na IX Zjazd Pirogowski; obecność ich na posiedzeniu uważa za dowód tej życzliwości, którą Koło potrafiło dla siebie wzbudzić, jako ognisko jednoczące lekarzy Polaków w Petersburgu. Następnie proponuje zgromadzeniu powołać prof. dr. J. Mierzejewskiego na honorowego prezesa posiedzenia.

Prof. dr. J. Mierzejewski obejmuje wśród oklasków przewodnictwo i udziela głos dr. K. Noiszewskiemu (z Dźwińska).

II. Dr. Noiszewski wygłasza rzecz pod tyt.: „Bezład wzrokowy" (*ataxia optica*). Mianem *ataxia optica* po raz pierwszy oznaczył prelegent w Sekcyi okulistycznej XII Zjazdu międzynarodowego lekarzy w Moskwie *zaburzenia wzrokowe sui generis* (K. Noiszewski. *L'ataxie optique et polyopie monoculaire. Comptes rendus* p. 312—315, również „Kronika lekarska" 15 maja 1898). Za główną i najogólniejszą cechę bezładu uważa prelegent „niedoprzedmiotowanie[1]" dzięki rozprzężeniu między wrażeniem „odprzedmiotowem" a ruchem „doprzedmiotowym". Gdy rozprzężenie nastąpi pomiędzy ruchami doprzedmiotowymi a wrażeniami odprzedmiotowemi, odniesionemi drogą czucia skórnego, bezład nosi miano wiądowego (*ataxia tabica*); jeżeli rozprzężenie następuje pomiędzy wrażeniami wzrokowemi a ruchami doprzedmiotowymi, bezład nazywa się wzrokowym. Przy bezładzie wiądowym nóg chory tylko wtedy może chodzić, gdy patrzy na podłogę i na swe nogi; przy bezładzie nóg wzrokowym — tylko wtedy, gdy zamknie oczy. Przy bezładzie wiądowym rąk chory tylko wtedy może nalać do szklanki wody z pod kranu, gdy widzi kran i szklankę; przy bezładzie rąk wzrokowym tylko wtedy, gdy zamyka oczy. Fürstner spostrzegał u osobników, dotkniętych niedowładem postępującym, zaburzenia wzrokowe „*eigenthümliche Sehstörungen*", zupełnie podobne do zaburzeń przy bezładzie wzrokowym (*ataxia optica*). Chorzy Fürstnera, jakkolwiek widzieli wcale dobrze, nie mogli policzyć pigułek; czytali, a nie byli w stanie trafić wskazówką we wskazaną literę przeczytanego wyrazu; pisząc nie mogli zachować odstępów pomiędzy wierszami; pisali wiersz następny na wierszu już napisanym. Badanie zwłok tych chorych wykazało we wszystkich przypadkach zmiany anatomiczne w obrębie wzrokowym półkuli przeciwległej oka, dotkniętego wzrokowym bezładem. U osób tych ani Fürstner, ani późniejsi nigdy nie znajdowali połowiczej hemiopsii, ale bardzo często stwierdzali znaczne zwężenie pola widzenia. (*Autoreferat*).

W dyskusyi zaznacza prof. dr. Mierzejewski doniosłość nadzwyczaj pouczających spostrzeżeń prelegenta; wniosek prelegenta, że w każdym przypadku należy oznaczać sprawność wzrokową, podając do czytania i litery i kwadraty, ma znaczenie i w rozpoznawaniu chorób mózgu; zaznaczywszy następnie inne szczegóły odczytu, prof. Mierzejewski wyraża prelegentowi podziękowanie i udziela głos drowi Polakowi.

III. Dr. Polak (prezes Towarzystwa higienicznego w Warszawie) wygłasza rzecz pod tyt.: „Przegląd czynności Towarzystwa higienicznego w Warszawie". Odczyt przedstawia historyczny rys rozwoju Towarzystwa higienicznego w Warszawie.

IV. Dr Moraczewski (Lwów) mówił: „O pochodzeniu indykanu". Od czasu wykrycia indykanu w moczu istniała teorya o pochodzeniu tego ciała z wytworów gnicia białka w jelitach. Oznaczanie indykanu nie tylko w przypadkach podejrzanego gnicia, lecz i w innych stanach, doprowadzić musiało do wykrycia nieznanej zależności powstawania indykanu i od innych zaburzeń, jak n. p. w chorobach wątroby, w moczu dziecięcym i t. d. Chcąc wykazać niezależność indykanu od gnicia, umyślił prelegent badać indykan w moczu i indol w kale przy rozmaitych dyetach, przyczem zmodyfikował metodę A. Schmidta, używając spektrofotometru, nie zaś spektroskopu. Okazało się, jak to już z poprzednich doświadczeń domyślać się było można, że sposób odżywiania daleko silniej oddziaływa, niż czas przebywania pokarmów w jelitach i że indykan w moczu nie jest w ścisłej zależności od indolu w kale. Wreszcie przy usunięciu gnicia w jelitach w przypadku rzyci sztucznej udało się prelegentowi wykazać indykan w moczu, mimo że ze stanowiska teoryi należałoby przypuścić brak zupełny indykanu (*autoreferat*).

W dyskusyi dr. Strawiński przytacza własne spostrzeżenia, że u kobiet ciężarnych zawartość indykanu w moczu jest nieraz zwiększoną, zupełnie niezależnie od stanu przewodu pokarmowego; okoliczność ta zmusza do szukania przyczyny w zaburzeniach przemiany materyi.

Na tem posiedzenie zakończono. *Witold Orłowski.*

VII. Ginekologia u Aretaeusa.

Przyczynek do dziejów ginekologii.

Przez

Dr. Jana Lachsa.

(Ciąg dalszy).

Dalszem cierpieniem macicy, które się wśród niekorzystnych warunków może chorej dać należycie we znaki, są upławy. Zdania swojego co do przyczyny tej choroby, jakoteż co do sprawy, czy uważa ją za cierpienie następo-

[1] Wyrazem „niedoprzedmiotowanie" określa prelegent patologiczny stan widzenia, w którym chory przedmioty widzi, lecz nie jest w stanie ich lokalizować. Jako termin naukowy wątpimy, by się utrzymał. (*Red.*).

we, czy też za samoistne, nie zdradza Aretaeus nigdzie. Prawdopodobnie uważał upławy za cierpienie samoistne, podobnie jak zapalenie lub inne choroby macicy, gdyż wspominając o tamtych, nie wymienia upławów jako ich następstwa, a nadto poświęca tej chorobie dużo miejsca i czasu[127]), nie mniej nawet, aniżeli opadaniu macicy, jej wrzodom lub rakowi. Nad przyczynami upławów nie zastanawia się również, zajmując się więcej ich rodzajem: istnieją według Aretaeusa dwa główne rodzaje upławów, t. j. czerwone i białe, których barwa, zależnie od tego, czy znajduje się większa lub mniejsza domieszka krwi, względnie żółci, może przybierać rozmaite odcienia, począwszy od barwy slabo czerwonej aż do sinej lub nawet czarnej. Domieszka krwi może obok barwy wydzielającej się cieczy zmieniać i jej zagęszczenie. Przy małej domieszce bywają upławy rzadkie, przy większej gęstnieją lub też krzepną na podobieństwo krwi. Inaczej przedstawiają się upławy białe: bywają one bezbarwne, przypominając wodę, oraz blado żółte lub nawet podobne do żółci. Pod względem gęstości zachowuje się i ten rodzaj rozmaicie: bywa rzadki jak surowica, gęsty jak ropa, lub też zawiera nierzadko skrzepy krwi. Woń upławów, zwłaszcza białych gnijących jest silnie cuchnąca. Czasem jednak i czerwone upławy bywają dosyć cuchnące, co ma miejsce przedewszystkiem wtedy, gdy im towarzyszy rozpad części chorej.

Kobiety, dotknięte jednym lub drugim rodzajem cierpienia, stają się blade, łaknienie ich zmniejsza się, stają się ociężałe lub nawet niedołężne i popadają w bezsenność.

Upławy są cierpieniem przewlekłem, czas ich trwania bywa różny, zależnie od tego, czy są one czerwone, czy też białe. Białe trwają zazwyczaj dłużej, aniżeli czerwone. Wiek kobiet zachowuje się rozmaicie wobec upławów. Białe bywają częściej cierpieniem młodego wieku, podczas gdy w późniejszych latach, mianowicie u staruszek, częściej się pojawiają upławy czerwone. Stąd też pochodzi, że lekarz rozmaicie musi rokować u kobiet dotkniętych tem cierpieniem. Niezależnie zaś od wieku chorej białe upławy trwają zazwyczaj dłużej, aniżeli czerwone, które, gdy przybierają barwę ciemną, stają się groźne dla chorej.

Innym rodzajem upławów, aniżeli ten, którym się dotychczas zajmowaliśmy, jest t. zw. nasieniotok kobiecy (γονόῤῥοια): jest on cierpieniem następowem macicy, gdyż powstaje wtedy, kiedy ona skutkiem zaziębienia traci zdolność przerabiania i zatrzymywania soków. Zmiana temperamentu na zimniejszy jest także powodem, że macica źle zużywa krew, nadając jej barwę białą. Do utrzymania bowiem barwy czerwonej krwi potrzeba koniecznie ciepła, a tego właśnie brak chorej macicy. Treść, wydobywająca się z pochwy, jest białawą, gęstą, podobną do nasienia, żrącą, wywołuje świąd części rodnych i pobudza popęd płciowy[128]). Innym znowu razem uważa Aretaeus świąd i wzmożenie popędu płciowego jako pierwotne, a nasieniotok jako objaw następowy[129]). Nasieniotok występuje także u mężczyzn jako następstwo nadużyć płciowych, stanowiąc dla nich cierpienie groźne. Poglądów swoich na przebieg jego u kobiet nie wypowiada Aretaeus nigdzie.

Pomimo częstości nasieniotoku i pomimo że go, — jak się zdaje, — uważano i u kobiet za cierpienie nie zbyt rzadkie i wcale nie obojętne, zastanawiali się starożytni autorowie stosunkowo mało nad tem cierpieniem, o ile ono dotyczyło kobiet. Soranus poświęca mu wprawdzie cały rozdział, zależało mu jednak przeważnie na jego leczeniu. Z kilku uwag zaś wstępnych wynika, że choroba ta polega na bezwiednym wypływie nasienia[130]). Jeżeli zaś uwzględnimy, że podług Soranusa na wytwarzanie nasienia składa się cały ustrój, zrozumiemy dobrze, dla czego przykładał taką wagę do jego leczenia. Rufus pozostawił wprawdzie pracę o nasieniotoku, lecz poświęca ją w całości nasieniotokowi mężczyzny[131]). Dopiero Galen bada nieco obszerniej mechanizm, przyczynę, następstwa i leczenie nasieniotoku u kobiety, dochodząc w końcu do wniosków, że cierpienie to jest następstwem schorzenia jajników (jąder żeńskich) i trąbek, a zwłaszcza tych ostatnich, gdy one tracą zdolność zatrzymywania nasienia. Galen więc uważa nasieniotok za następstwo schorzenia jajników i trąbek, przyczem macica odgrywa jedynie rolę pośredniczącą, polegającą na przeprowadzaniu nasienia do pochwy[132]).

Zgodnie z innymi autorami uważa Aretaeus nasieniotok za cierpienie poważne i groźne, już to z powodu tego, że może spowodować inne ciężkie choroby, już też dlatego, że jest w stanie raz na zawsze znieść zdolność płodzenia. Z tego też powodu nie należy go zaniedbywać, lecz leczyć, posługując się w razie potrzeby całym arsenałem środków leczniczych. W tym celu zaleca Aretaeus zimne kąpiele nasiadowe, których woda zawiera środki ściągające; takież zlewania, maść różaną, olejek, jaki się otrzymuje z dzikiego winogradu, zmieszany z białem przyjemnie pachnącem winem; oliwę, w której zagotowano miód, majeranek, rozmaryn, oman, lub też te środki w postaci kataplazmów, a przedewszystkiem zaś środki, podane przez Symfona i Filona. Jako napój nadaje się odwar stroju bobrowego (κάστορος) i korzenia miechunki (ἀλικάκκαβος). Pamiętać jednakowoż należy, że w znacznej części przyczyniają się do wyleczenia zachowanie miary w jedzeniu i w ruchach, jakoteż niemniej wstrzemięźliwość pod względem płciowym[133]).

Pod względem bardzo znacznie spotęgowanego popędu płciowego przypomina nasieniotok i inne cierpienie, o którem starożytni nierzadko wspominają. Mamy tu na myśli obłęd lubieżny, t. zw. „*satyriasis*“ (σατυρίησις). Cierpienie to jest podług niektórych autorów jedynie chorobą mężczyzn, a podług innych właściwą jednej i drugiej płci. Do pierwszej kategoryi lekarzy należy Aretaeus[134]), a do drugiej Soranus[135]). Aretaeus jest zdania, że obłęd lubieżny (*satyriasis*) występuje u kobiet jedynie jako objaw, towarzyszący opisanemu właśnie nasieniotokowi. Ta okoliczność uwalnia nas od osobnego omawiania obłędu lubieżnego. Rufus mówi wprawdzie o obłędzie lubieżnym podobnie, jak i o nasieniotoku, jedynie u mężczyzn; okoliczność ta nie pozwala jednakowoż jeszcze na żadne wnioski w tej sprawie[136]). Podobnie nie można nic stanowczego powiedzieć o tym przedmiocie u Galena, który zaledwie wspomina o nim tylko okolicznościowo. W pismach, znajdujących się w zbiorze Kühna, można wprawdzie wskazać na jedną pracę[137]), z której wynika, że autor jest tego samego zapatrywania, co Soranus; praca ta jednakowoż z pewnością nie jest pochodzenia Galenowego.

O zaburzeniach w miesiączkowaniu mówi Aretaeus jedynie okolicznościowo. Z tych jednak kilku uwag, które nas doszły, wynika, że znanym mu był całkowity brak miesiączki, tudzież zbyt obfite krwawienie miesiączkowe. Jeden i drugi stan patologiczny w przykry sposób daje się uczuć kobiecie. Całkowitemu brakowi starała się zapobiedz sama natura, stwarzając miesiączkę zastępczą (*menstruatio vicaria*) pod postacią krwawień z innych narządów, jak n. p. z płuc[138]). Ten ostatni rodzaj zastępczego krwawienia nie zawsze jest obojętnym dla ustroju, gdyż bywa często wyrazem innej choroby.

Brak miesiączki wywołuje rozmaite dolegliwości, z których Aretaeus wymienia napady histeryczne i zadumę

[127]) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 163 i 164.
[128]) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 164.
[129]) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. V. str. 144.
[130]) Sorani gyn. lib. II cap. XII.

[131]) Rufus ed. Daremberg Ruelle »περὶ σατυριασμοῦ καὶ γονοῤῥοίας.«
[132]) Galeni de locis affectis lib. VI. cap. VI. K. VIII.
[133]) De cur. diut. morb. lib. II. cap. V. K. str. 334 i 335.
[134]) De caus. et sign. ac. morb. lib. II. cap. XII. K. str. 65.
[135]) Sorani gyn. lib. II. cap, III 25.
[136]) Rufus l. c.
[137]) Galeni definitiones medicae K. XIX. def. 289.
[138]) De caus. et sign. ac. morb. lib. II. cap. II. K. str. 33.

(melancholię). Że zatrzymywanie się krwi miesięcznej może spowodować zadumę, wynika już dostatecznie z celu, jaki podług Aretaeusa ma regularność. Jak wyżej wspomnieliśmy, z krwią miesiączkową odchodzi nadmiar soków zanieczyszczających ustrój, a przedewszystkiem czarna żółć, której zaduma zawdzięcza swoje powstanie. Skoro jej więc miesiączka nie usuwa, natenczas jest dana przyczyna do wybuchu zadumy. To też może ona pojawiać się [139]) u kobiet nie miesiączkujących regularnie co miesiąc, jakgdyby w zastępstwie miesiączki.

Leczenie polega na drażnieniu części rodnych środkami ostrymi, podawaniu leków czyszczących, a przedewszystkiem środka, bardzo chętnie stosowanego przez Aretaeusa hiera [140]) (ἱερή), — w którego skład wchodzi aloes, — na stawianiu baniek [141]), wykonywaniu lekkiej pracy [142]) i t. d.

Zbyt obfita miesiączka może występować pod rozmaitemi postaciami. Kobieta zaczyna miesiączkować wprawdzie we właściwym czasie, przyczem nie traci dużo krwi, lecz krwawi dłużej, aniżeli powinna, będąc jednakowoż czysta w przerwach pomiędzy dwiema miesiączkami. Druga postać objawia się w ten sposób, że obok krwawienia w czasie miesiączki występują jeszcze dwa lub trzy razy w ciągu miesiąca krwawienia, w których kobieta dużo krwi traci. Trzecia nareszcie nieprawidłowość w tym kierunku polega na tem, że krwawienie nie ustaje przez cały miesiąc. Przy badaniu stwierdza się rozwarte ujście zewnętrzne macicy. Chore zaś bledną, stają się niezdolne do pracy, a gdy krwawienie nie ustaje, mogą je ostatecznie i życiem przypłacić [143]). Rozdział, dotyczący leczenia tych przypadłości, nie doszedł nas. Jedynie w rozdziale o napadzie histerycznym wspomina Aretaeus o tamowaniu krwotoków, jako o przyczynie napadów histerycznych, z czego jedynie wnosić możemy, że znał pewne sposoby wstrzymywania krwawień, a w każdym razie tamponowanie.

Wszystkie te wymienione choroby macicy mogą spowodować obok ogólnego przedwczesnego wiądu [144]) dotkniętej osoby jeszcze inne cierpienie, które starożytni uważali za bardzo groźne, a mianowicie histeryę. Najczęstszą przyczyną tej ostatniej bywa wędrówka macicy. Macica bowiem, jak to wyżej wspomnieliśmy, posiada zdolność przesuwania się na prawo lub na lewo, podnoszenia się ku górze aż pod wyrostek mieczykowaty, usadawiania się na wątrobie, lub na śledzionie i opadania ku dołowi. Obok tej najczęstszej przyczyny są w stanie wywołać napady histeryczne nadużycia *in venere*, sztucznie sprowadzone poronienia, tamponowanie w przebiegu krwawień, zaziębienie macicy, tudzież przyczyny, powodujące wyżej wymienione choroby macicy lub też przypady, będące ich następstwem. Tu należą więc zaparcie stolca, zapalenie macicy, choroby i nowotwory części pochwowej, brak miesiączki i t. d. [145]).

Pod wpływem tych czynników przychodzi do napadu histerycznego, który zapowiadają pewne zwiastuny, jak ociężałość, ogólne osłabienie, przygnębienie, uczucie drżenia w kolanach i znużenia w kończynach, bole głowy i bole po obydwóch stronach nosa w miejscu przebiegu naczyń krwionośnych.

Po tych lżejszych objawach przychodzi do właściwego napadu histerycznego. Kobiety doznają uczucia bolu w okolicy żołądka, tracą mowę, upadają, czynią wrażenie osób duszących się, oddychają bardzo powierzchownie, oczy ich są wytrzeszczone na zewnątrz, wzrok jest sztywny, tętno nierównomierne, przepuszczające, a nareszcie może nastąpić nawet i śmierć. Gdy macica wcześnie wraca na swoje miejsce, natenczas niektórych objawów brakuje, napad bywa lżejszym, a chore przychodzą do siebie. Przeminięcie napadu zapowiada się słyszalnem przelewaniem się w jelitach, jakoteż i zwilgnieniem sromu. Prócz tego napadu typowego istnieją jeszcze wprawdzie krótsze, lecz bez porównania groźniejsze napady, które w chwili przerzucenia się macicy na jakiś ważny narząd wewnętrzny sprowadzają w okamgnieniu śmierć.

Jakkolwiek dziś sprawa wędrowania macicy i jej związku z histeryą wydaje się wprost dziwną, jeżeli już nie śmieszną, to przecież zaprzątała ona głowy najpoważniejszych lekarzy starożytnych, których zapatrywania w tym kierunku wyżej przytoczyliśmy. Stosownie do swoich rozmaitych zapatrywań na etyologię, polecali oni także rozmaite sposoby leczenia. Znaczną część tych sposobów znajdujemy i u Aretaeusa, który się starał usuwać przyczyny i działać przedewszystkiem na chorobę podstawową. Gdy się więc macica podniosła ku górze, należało ją sprowadzić wszelkimi sposobami ku dołowi, już to uciskając mechanicznie jamę brzuszną, a szczególnie narząd, który uważano za ugnieciony przez macicę, już też pobudzając chorą do kichania. Wobec zapalenia macicy polecał Aretaeus upusty krwi, której, — pomimo całej swej ostrożności i należytego zrozumienia dla znaczenia [146]), radzi tym razem nie oszczędzać. Najchętniej wybiera po temu żyłę w okolicy kostki, a w drugim dopiero rzędzie w okolicy łokcia. Z baniek miały dobrze działać podczas napadu suche, postawione w okolicy pachwin. Wszelkie inne środki były te same, które wymieniliśmy przy odpowiednich cierpieniach podstawowych, co nas obecnie zwalnia od ponownego ich powtórzenia.

Obok przedstawionej postaci histeryi istnieje jeszcze druga, która nie bywa następstwem chorób macicy, lecz rozmaitych innych cierpień, jak zapaleń, krwawień pochodzenia niemacicznego. Ta postać, podobna pod względem objawów do pierwszej, może się dlatego także i u mężczyzn pojawiać. Wogóle zaś bywa histerya chorobą młodego wieku, w którym macica, podobnie jak i umysł, nie osiągnęły jeszcze należytego stopnia stałości: „διὰ τόδε νεήνεσι τὸ πάθος γίγνεται, γεραιτέρῃσι δὲ ἥκιστα. ἧσι γὰρ ἡλικίη τε καὶ βιοτὴ καὶ γνώμη πλανωδεστέρη, τῇσι καὶ ὑστέρη ἐστὶ ῥεμβώδης· πηλικωτέρῃσι δὲ εὐσταθέα καὶ ἡλικίη καὶ βίος, καὶ γνώμη, καὶ ὑστέρη [147]).

Tyle o ginekologii w dziełach Aretaeusa, którego odpowiednie uwagi staraliśmy się zebrać i wyzyskać dla naszych celów, nie pomijając nawet pozornie małoznaczących.

(Dok. nast.)

VIII. † Prof. Dr. Władysław Niemiłowicz.

Ś. p. Władysław Niemiłowicz należał do nielicznych uczonych, którzy nie podlegali ogólnemu zwyczajowi częstych publikacyi; dlatego naukowe zasługi Jego i znaczenie oceniane być mogły tylko przez nieliczne grono obcujących z nim osobiście. Ukończywszy wydział filozoficzny i medyczny w warunkach bardzo ciężkich, dobił się Niemiłowicz dzięki swoim osobistym przymiotom zasłużonego stanowiska, na którem rozwinął działalność pożyteczną i dla nauki zaszczytną. Wszystkie prace, zarówno dawniejsze z zakresu czystej chemii, jak i ostatnie z zakresu chemii fizyologicznej, noszą cechy wybitne charakteru uczonego. Niemiłowicz unikał łatwych zadań, wystrzegał się metod oklepanych, nie używał nigdy dróg utartych, ani rozumowań, przyjętych przez większość. Był to umysł niesłychanie samodzielny i śmiały, pewny swej doskonałej erudycyi, nie

[139]) De caus. et sign. diut. morb. lib. I. cap, V. K. str. 74.

[140]) Hiera to środek złożony, a pod względem wartości, smaku i składu bardzo zmienny. Sposób jego przygotowywania podaje Galen. w »de compositione medicamentorum secundum locos« lib. VIII. cap. II. K. XIII.

[141]) De cur. diut. morb. lib. I. cap. VK. str. 319.

[142]) De cur. ac. morb. lib. II. cap. X. str. 288.

[143]) De caus. et sign. diut. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 163 i 164.

[144]) De cur. ac. morb. lib. I. cap. III. K. str. 209.

[145]) De caus. et sign. ac. morb. lib. II. cap. XI. i de cur. ac. morb. lib. II. cap. X.

[146]) De cur. ac. morb. lib. II. cap. IV. K. str. 209.

[147]) De caus. et sign. ac. morb. lib. II. cap. XI. K. str. 63.

trwożący się żadnemi trudnościami technicznemi, dlatego drogi przez Niego obierane raziły nawet najbliżej stojących swą oryginalnością. W ostatniej swej pracy nad utlenieniem moczu wyraził Niemiłowicz potrochu te cechy, o których właśnie wspominałem Nietylko pomysł, ale nazwy same urobił sobie sam, wybierał słowa, nieużywane przez innych, obliczania, które odpowiadały Jego niezaprzeczenie genialnym pomysłom. Śmierć przerwała wielką Jego pracę nad rozkładem białek zapomocą kwasu szczawiowego, pracę, która tak dobrze wyrażała Jego sposób myślenia. Nie kwas solny, ani siarkowy, którym operują całe zastępy, ale ten, stojący na pograniczu pomiędzy mocnymi kwasami mineralnymi, a słabymi organicznymi, ten najsilniejszy kwas organiczny wybrał Niemiłowicz, jako czynnik odpowiedni. Kwas, dający się usunąć z rozczynu za pomocą wapna, dający się usunąć z ciał stałych za pomocą gorąca, ma rzeczywiście najwięcej warunków do osiągnięcia wyników, nie znalezionych dotąd przy pomocy innych metod. Te prace charakteryzują Niemiłowicza. Pomysły oryginalne, metody nowe, sposoby zdumiewająco ścisłe, to wszystko dostępne być mogło tylko takiemu jak On mistrzowi techniki, takiemu jak on erudycie. Ktokolwiek zasięgnął Jego rady, musiał przyznać, że się o swej pracy dowiedział więcej, niż przez studyowanie długiej literatury, że rada udzielona więcej odsłania horyzontów nowych, niż pracownik sam mógł przewidzieć. Ci, którym wolno było obcować z Niemiłowiczem, na długie lata mają plany i zajęcia, które wzbudziły natchnione słowa tego wybitnego uczonego.

Nie należy zapominać, że Niemiłowicz posiadał oprócz chemii wszystkich zakresów, od technicznej aż do fizycznej, farmakognozyę, prawie wszystkie nauki przyrodnicze, że władał biegle wieloma językami, że się znał na mnóstwie rzeczy i równie zadziwiał swymi wynalazkami technicznymi, jak teoryami chemicznemi i sądem o piśmiennictwie. Nie był to wcale zacieśniony w swej specyalności uczony, lecz człowiek o szerokim poglądzie, o dziwnie bogato wyposażonym umyśle. Nie wiadomo, co więcej podziwiać należało, czy skończoną technikę jego pracy, technikę tak doskonałą, że metody najtrudniejsze, najbardziej skomdlikowane instrumenty, służyły mu, jakby przez niego utworzone, czy też rzutkość umysłu, który z powodzi piśmiennictwa i faktów umiał tworzyć, wybierać, budować wszystko to, co w niczem do dawniej istniejącego podobnem nie było.

Życie obchodzi się z takimi surowo. Ciężkiemi łapskami gniecie i kaleczy subtelną budowę i śp. Niemiłowicz nosił na sobie ślady bolów, których nieoszczędza los nawet swoim wybrańcom. W tej ciężkiej walce, w której stracił zdrowie, spokój, zadowolenie i wiarę w swe siły, ocalił tylko charakter. Śp. Niemiłowicz był człowiekiem bardzo szlachetnym; prawość Jego i rycerskość cierpiała pod brzemieniem tych brutalnych warunków, ale komu danem było poznać go bliżej, poznać w chwilach, kiedy prawdziwych przyjaciół się poznaje, ten musiał uczuć cześć i uwielbienie, które pamięć zmarłego otaczać będzie na zawsze.

Dr. Wacław Moraczewski.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 30 czerwca.

*) Izba lekarska zachodnio-galicyjska odbyła d. 25 b. m. pełne posiedzenie pod przewodnictwem prezydenta dr. Walczyńskiego. Na podstawie referatu sekretarza Izby dr. Schönguta Izba przyjęła do wiadomości, że wszystkich lekarzy, należących do jej okręgu, zapisała jako członków zwyczajnych Instytutu zapomogowego dla wdów i sierót po lekarzach, istniejącego przy austryackim Związku towarzystw lekarskich w Wiedniu. Prez. dr. Walczyński zawiadomił Izbę, że na podstawie porozumienia z Izbą wschodnio-galicyjską, lekarze zachodniej części kraju mogą należeć jako członkowie Kasy chorych lekarzy przy wschodnio-galicyjskiej Izbie. Dalej referował prez. Walczyński ważną sprawę uzyskania dla lekarzy kolei państwowych korzystniejszych uprawnień, któreby ich zbliżyły do lekarzy, pełniących służbę w innych gałęziach służby państwowej. W tej mierze polecono prezydentowi wypracować nowy elaborat, przedłożyć go wszystkim członkom Izby, następnie wszystkim Izbom lekarskim i wnieść jako wspólny postulat na wiecu Izb lekarskich w Salzburgu, po uchwaleniu zaś na tym wiecu przedłożyć rządowi i parlamentowi. Uchwalono wziąć zbiorowo udział w Zjeździe Izb lekarskich w Wiedniu. Do wydziału Izby, z powodu przesiedlenia się prof. Raczyńskiego do Lwowa, powołano prof. dr. Maksymiliana Rutkowskiego. Delegatem na wiec w Salcburgu wybrano prez. dr. Walczyńskiego.

* Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. wybrany został prof. Dr. Henryk Jordan.

* Dzienniki donoszą, że w Niemczech ma się zawiązać stowarzyszenie do wyrabiania surowicy przeciwbłoniczej, które będzie nosić nazwę „Behringwerk“. Następstwem tego przedsiębiorstwa ma być znaczne potanienie tej surowicy.

* W Styryi powstało stowarzyszenie w celu wystawienia sanatoryum dla chorych na piersi. Pocieszający to objaw, gdyż i pod tym względem Austrya pozostaje bardzo w tyle za innemi mocarstwami Europy, a martwota i jałowość parlamentu udzieliły się społeczeństwu, które dziwnie jest biernem wobec pierwszorzędnych i naglących zagadnień bieżącej chwili.

* Międzynarodowa konferencya wszystkich Akademii Umiejętności Europy i Ameryki odbyła się w Londynie ostatnich dni m maja Prof. Obersteiner miał wykład „O budowie anatomicznej mózgu“. Biorąc asumpt z tego odczytu delegaci Akademii uchwalili przedstawić rządom potrzebę założenia w każdem państwie instytutu osobnego typu, przeznaczonego wyłącznie dla badania ośrodków ludzkiego układu nerwowego. Następna konferencya odbędzie się w Wiedniu w r. 1907.

* Lekarzem więziennym w Przemyślu mianowany został Dr. E. Rościszewski.

* Dziekanem Wydziału lekar. Uniwers. wiedeńskiego wybrany został prof V. Ebner v. Rosenstern.

* Prof. Busse mianowany został kierownikiem anatomiczno-patologicznego oddziału w higienicznym Instytucie w Poznaniu.

* Kongres „higieny mieszkań“ odbędzie się w Paryżu od 15 do 20 października. Prace kongresu odbywać się będą w sześciu sekcyach: 1) mieszkania miejskie; 2) mieszkania wiejskie; 3) mieszkania dla robotników; 4) mieszkania do wynajęcia z meblami; 5) higiena budynku szkolnego i 6) higiena mieszkań na okrętach.

* Między 14 a 20 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (3 gm.), dobromilskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), gródeckim (1 gm.), jaworowskim (4 gm.), lwowskim (2 gm.), mościskim (2 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (4 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (3 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), turczańskim (2 gm.), złoczowskim (2 gm.), żółkiewskim (2 gm.), żydaczowskim (1 gm.).

Ospę stwierdzono w jednej gminie powiatu kolbuszowskiego.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Rabl (z Pragi) mianowany został prof. zwyczajnym anatomii w Lipsku.

Nekrologia. Dnia 14 bm. zmarł w Muszynie Dr. Józef Dziembowski, lekarz osiadły od 23 lat w tej górskiej mieścinie. Przez ten szereg lat cieszył się zmarły najwyższem zaufaniem w całej okolicy, a jako niepospolity praktyk zjednał sobie uznanie szerszej publiczności. W początkach swej praktyki, jako pierwszy lekarz, który osiadł w tych górskich stronach, wiele miał do zwalczenia trudności; atoli przeciwności te nie zraziły go i do ostatka z niemi walczył, jako dzielny pionier na polu medycyny, przynosząc ulgę cierpiącej ludzkości, a zaszczyt sobie i swemu zawodowi. Jak długo służyły mu siły i zdrowie, nie usuwał się i od pracy publicznej: jego to bowiem myślą i staraniem było przeniesienie Sądu z Krynicy do Muszyny; jako czynny członek Rady miejskiej wprowadził niejedną zdrową myśl w instytucye miejscowe; to też zgon tak zacnego i światłego męża odczuło miasteczko całe. Nie brakło też w smutnym obrzędzie pogrzebowym ani jednej osoby, która go znała. W dowód wdzięczności i uznania zasług zmarłego miasteczko Muszyna zajęło się pogrzebem,

utworzyło fundusz stypendyjny dla biednego ucznia imienia ś. p. Józefa Dziembowskiego i Jego imieniem nazwało ulicę, w której zmarły miał swój domek.

Wzniosłe przymioty duszy, niezwykła szlachetność serca i nieskazitelny charakter ś. p, Dr. J. Dziembowskiego zjednały Mu cześć i uznanie nietylko u publiczności, z którą się stykał, lecz wyrobił On sobie wysokie poważanie i u kolegów okolicznych, a to przez swoje szlachetne i taktowne postępowanie; nie brakło też na pogrzebie ani jednego z lekarzy mieszkających w okolicy Muszyny, a „Kółko lekarzy krynickich", zebrane w komplecie, oddało ostatnią posługę zmarłemu.

Życie czynne. pełne godności, szlachetności i taktu, lecz niemniej pełne poświęceń wśród wielkiego trudu zawodowego i różnego rodzaju narażania się, długo istnieć nie mogło, to też ś. p. Józef Dziembowski zmarł wcześnie, w 52 roku życia, zatem w wieku, w którym wielu innych, wypełniając zawody mniej zdrowie wyczerpujące. jeszcze długie lata w pełni sił korzysta z życia.

Choć życie to wcześnie przerwanem zostało, czyny jednak Jego i praca utrwalą w pamięci na długo wzór Zmarłego Kolegi, a niespożyta cześć dla Jego pamięci na zawsze zostanie.

Dr. Franciszek Kmietowicz.

Dr. Clarke, profesor medycyny wewnętrznej, zmarł w Milwauke.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 25. Borzymowski: Trzy przypadki zeszycia ran serca i teorya zszywania ran serca, na spostrzeżeniach własnych oparta.

— *Ginekologia* Nr. 5. Karczewski: W sprawie operacyjnego leczenia ropienia połogowego sutka. Neugebauar: Hydromeningocele sacralis anterior (dok.). Cercha: O borowinie, kąpielach borowinowych krynickich i zastosowaniu ich do leczenia chorób kobiecych (dok.).

— *Rozprawy Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiej.* (Tom 3. B.) zawierają następujące prace z zakresu medycyny: Dobrowolski: 1) Flora pochwy fizyologicznej. 2) O cytotoksynie łożyskowej. Eisenberg: 1) O prawach łączenia się toksyn z antytoksynami. 2) O przystosowaniu się bakteryi do sił ochronnych zakażonego ustroju. Gliński: Gruczoły trawienne w górnej części przełyku u człowieka, oraz ich znaczenia. Wrzosek: O drogach, któremi mikroby, w warunkach prawidłowych przechodzą z przewodu pokarmowego do organów wewnętrznych.

— *Gazeta lekarska* Nr. 25. Brudziński: Przyczynek do leczenia szkarlatyny surowicą przeciwpłoniczą. Pruszyński: O wpływie adrenaliny na układ krwionośny (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 12. Jaworski: O znaczeniu zastrzykiwań podskórnych „serum artificiale" w zakażeniu połogowem. Higier: Z terapii neurastenii płciowej.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 6. Šenk: Kasuistika porodnická. Kose: Katarrh Bostockův.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 25. Kutwirt: Airol jakožto diagnostická pomůcka při kariosních zánětech ušních. Krlin: Přispěvek k odstranění technických obtíží při subkutannich paraffinových prothésách (c. d.). Zahradnický: Zpráva o 604 kýlách v nemocnici německobrodské operovaných (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 48. Courmont: Zaopatrzenie miast w wodę do picia. Lavarenne: Zapobieganie głuchocie i jej leczenie. Deherain: Wartość kliniczna odczynu urohematynowego.

— Nr. 49. Lyon: Leczenie patogenetyczne bolu u dyspeptyków. Bazy: Chorzy rzekomo na cukrzycę. Romme: Redekapsulacya nerek.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 25. Hirschberg: Zmniejszenie się chorób czerwiowych. Bürkner: Zniszczenie błony bębenkowej rażeniem piorunowem. Kossmann: Operacya metodą Goldspohna. Elsner: Badanie ruchowej czynności żołądka. Homberger: Zachowanie się wody w ciele ludzkiem. Weissbein: Kąpiele perliste (zawierające CO_2). Kövessi i Roth-Schulz: Leczenie zapalenia nerek (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25. Leiner: Czerwonka na tle prątków, szczególnie w wieku dziecięcym. Pospischill: Nowa osutka ostra, jako choroba samoistna. Galatti: Kliniczny przyczynek do wodogłowia pochodzenia kiłowego. Wienert: O szczególnym guzie policzka.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 25. Emmerich i Gemünd: Przyczynek do doświadczalnego uzasadnienia teoryi Pettenkofera o lokalnej przyczynie powstawania cholery i duru. Straub: Chemiczne postępy z zakresu wpływu światła na istoty fluorezujące (eozynę i chininę. Jodlbauer i Tappeiner: Działanie substancyi fotodynamicznych na bakterye. Arneth: Zachowanie się leukocytozy neutrofilnej w chorobach zakaźnych. Fuchs i Schultze: Stosunek między budową chemiczną a działaniem nasennem. Szereg nowych leków nasennych. Riehl: Przyczynek do nauki o półpaścu w przebiegu dławcowego zapalenia płuc. Peters: Nowa kliniczna metoda Gaertnera mierzenia parcia krwi w prawym przedsionku. Schüle: Oznaczanie granic serca graficznie i opukiwaniem. Busch: Wydalenie przerosłego gruczołu krokowego drogą górnego cięcia pęcherza. Salzer: Niezwykłe zranienie oczodołu ciałem obcem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 26. Jacob: Znaczenie wlewania roztworów do płuc dla rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej Sobernheim: Surowica wąglikowa i jej praktyczne zastosowanie. Henius: O wodzie Val-Sinestra zawierającej arsen i jej działaniu na przemianę materyi. Lomer: Przypadek starczego przytępienia umysłowego z jednoczesną marskością nerek. Opitz: Widoki na wyzdrowienie, oraz leczenie ropnicy połogowej (c. d.).

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 25 (od 19/VI do 25/VI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 30, dz. 35; nieżywo: chł. 1, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 11; zamiejscowych: męż. 11, kob. 9.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. 1, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. 2. 20) choroby narządu krążenia: miej 2, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 7, ob. 2. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 31, obcych 20.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski**, docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).
Dr. **Witczak**, kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).
Dr. **Zanietowski Józef**, jun., lekarz zakł.

Kosów
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens**, („pod Jeleniem").
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon**, lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław**, asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.**, („pod Orłem").

Maryówka pod Lwowem.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.
Dr. **Niedzielski St.**, dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.**, asystent dyrektora.

Rabka.
Dr. **Lang**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Swoszowice.
Dr. **Cholewicz Franciszek.**

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attylą").
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.
Dr. **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w Meranie).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.**, radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.
Dr. **Majewicz Edmund**, Przecznica.

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, („Hotel Continental").

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakł.
Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen").
Dr. **Zeitner Józef**, (dom „Stadt Paris").

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.
(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.**, (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kołaczkowski**, („Stadt Athen").
Dr. **Kostecki**, (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz**, (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau").
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva").
Dr. **Maleszewski Wł.**, (Alte Wiese, „Drei Staffeln").

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Franciszek**, radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.**, (Villa „Elsa").

Kołobrzeg.
Dr. **Weissenberg Józef**, (zimą *Nervi*).

Marienbad.
Dr. **Dobija Fr.**, (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan").
Dr. **Harajewicz Wład.**, (Villa „Wahnfried").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr. **Schermant J.**, (Villa „Apollo").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dr. Walentego Koczorowskiego:

1) Wpływy mózgu i móżdżku na odruchy.

2) Miażdżyca tętnicy wątrobowej i jej wpływ na powstawanie spraw chorobowych w wątrobie.

3) Zbadać powstawanie nowych przewodów żółciowych w przebiegu sztucznie wywołanej marskości wątroby (przez szczepienie gruźlicy).

4) Wpływ surowic (Marmorka, Maragliano i innych) na przebieg gruźlicy u zwierząt.

5) Sprawdzić doświadczalnie ochronne znaczenie sieci wielkiej w obec spraw zakaźnych i zgorzelinowych w jamie brzusznej.

6) Związki siarki w moczu w rozmaitych stanach patologicznych.

7) O biochemicznych własnościach paciorkowców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1905 r. Za najlepsze dwie prace, napisane na wybrane tematy z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po 300 Rb. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem: „Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" (ul. Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

L. 1572/904. **Konkurs.**

Wydział powiatowy w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Liszkach dla 23 gmin i 10 obszarów dworskich z płacą stałą 1200 kor. i z ryczałtem na koszta podróży 500 koron.

Kandydaci mają wykazać: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora medycyny; 3) znajomość języków krajowych; 4) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim; 5) dostateczną fizyczną zdatność (przez świadectwo c. k. lekarza powiatowego).

Prawa i obowiązki, z tą posadą połączone, określone są §§ 7 i 8 ustawy z dnia 2 lutego 1891 L. 17 dz. u. kr. i rozporządzeniem wykonawczem Nr. 82 i 83 dz. u. kr. z r. 1891.

Posada obsadzona będzie z dniem 1 września 1904 r. prowizorycznie na rok 1, — potem może nastąpić stabilizacya.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego w Krakowie najpóźniej 31 lipca 1904

Kraków dnia 31 maja 1904. 195

Prezes: *J. Skirliński.* Sekretarz: *Stafiej*

Konkurs

Wydział Rady powiatowej żydaczowskiej rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Nowem Siole z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy służbowe 600 koron rocznie.

Okręg sanitarny obejmuje gminy: Nowe sioło, Obłażnica, Żyrawa, Izydorówka, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Rada, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówka, Lubsza i Smuchów.

Lekarz okręgowy obowiązany jest utrzymywać aptykę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdolności mają wykazać następujące warunki: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora medycyny; 3) nieskazitelny charakter; 4) znajomość języków krajowych; 5) praktyka lekarska przynajmniej dwuletnia.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią praktyką lekarską w szpitalu powszechnym lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej najpóźniej do dnia 31 lipca 1904

Żydaczów dnia 8 czerwca 1904 197

Z Wydziału Rady powiatowej.

Za Prezesa: *Hoszowski.* Sekretarz: *K Peszkowski.*

L. 59875. **Konkurs.** 189

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z W. Ks. Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym w Tarnowie.

Kandydaci powinni najpóźniej do 20 lipca 1904 wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem: a) metryki urodzenia na dowód, że kandydujący nie przekroczył 40 r. życia; b) dowodu obywatelstwa austryackiego; c) dyplomu doktora wszech nauk lekarskich z uniwersytetów Monarchii austryac., upoważniającego go do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązana płaca o rocznych 1200 K.

We Lwowie dnia 21 czerwca 1904 *Piotrowski*